ROK VI WARSZAWA 1932 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Schorzenia stawowe u chorych na kiłę ze szczególnem uwzględnieniem rzadkich postaci guzków przystawowych

*(noduli juxtaarticulares *).*

podał
DR. B. OPPENHEIM.

W pracy niniejszej pragnęliśmy zwrócić uwagę na zespół objawów schorzeń stawowych, które występują bądź bezpośrednio pod wpływem kiły, bądź też są w bardziej luźnym, a raczej niezupełnie wyjaśnionym związku, z chorobą zasadniczą; mamy na myśli t. zw. w literaturze francuskiej nodosités juxtaarticulaines *Jeanselme'a*, o których, o ile wiemy, niema dotychczas spostrzeżeń klinicznych, a nawet wzmianek w piśmiennictwie polskiem.

Gdy chory zwraca się po poradę do lekarza-praktyka, nie specjalisty ze skargami na cierpienia wątroby czy tętnicy głównej, to myśl lekarza, nawet „nie nastawionego", na syfilis biegnie między innemi również i w tym kierunku. Inaczej częstokroć przedstawia się sprawa ze schorzeniami stawowemi. Wtedy zazwyczaj w grę wchodzą przy rozważaniu różniczkowem gościec stawowy, dna, rzeżączka, gruźlica i t. d. a znacznie rzadziej kiła. Dotyczy to oczywiście zwłaszcza tych przypadków, gdy dolegliwości stawowe są czynnikiem, który sprowadził chorego do lekarza. A jednak jeszcze *Fournier* w swych klasycznych wykładach o syfilisie przytacza szczegółowy podział schorzeń stawowych na tle kiły już w okresach drugorzędnych. *Fournier* rozróżnia 3 postacie:

1) B o l e s n o ś ć s t a w ó w b e z w y r a ź n y c h z m i a n o b j e k t y w n y c h (a r t r a l g i e). Staw przy badaniu klinicznem wygląda zupełnie prawidłowo: niema ani obrzęku, zaczerwienienia

*) Wobec braku terminologji polskiej używaliśmy nazwy guzków przystawowych, będącej tłom. fran. nodosités juxtaarticulaires, jakkolwiek przymiotnik przystawowy być może nie należy do zbyt udatnych.

skóry, wogóle zniekształcenia jakiegokolwiek. Istotny i jedyny objaw, — to subjektywne uczucie bólu, bardzo często w sposób paradoksalny potęgującego się przy zachowaniu spokoju i ustępującego w czasie pracy, ruchu.

Spotykaliśmy się z pewną liczbą chorych tej kategorji, którzy opowiadali, że rano budzą się z bardzo nieprzyjemnemi sensacjami dolegliwości stawowych, że nie mogą wyprostować kończyn, które są jakby zdrętwiałe i że dopiero stopniowo w ciągu dnia ból ustępuje „rozchodzi się po kościach".

Sprawa nieraz nieuchwytna naskutek charakteru naracyjnego, zawsze ustępowała szybko i niezawodnie po leczeniu swoistem.

2) Druga postać *Fourniera* bardziej rzadka to o b r z ę k s t a w u n i e z n a c z n y (hydrarthrose) bez większego odczynu zarówno ogólnego, jak i miejscowego.

3) Trzecia wreszcie najrzadziej występująca według *Forniera* postać schorzenia stawów na tle kiły drugorzędnej, należy pod względem rozpoznawczym do dość trudnych przejawów syfilisu. Jest to bowiem niejako p o s t a ć g o ś ć c a r z e k o m e g o (Arthropaties secondaires pseudo - rhumatismales). Chory odczuwa ból w jednym z większych stawów (najczęściej kolanowym), niekiedy nawet w 2 lub 3 (nie więcej), stawach jednocześnie. Naskutek bolesności chory staw oszczędza, stara go się unieruchomić; staw jest przytem wyraźnie obrzękły, bez wybitnego jednak zniekształcenia. Stan ogólny chorego jest zazwyczaj dość dobry, niema żadnych zmian w sercu. Niekiedy tylko występuje podniesiona ciepłota ciała, w nielicznych wyjątkach temperatura jest wysoka. Zdawałoby się, że tego rodzaju sprawy nie powinny nastręczać większych, trudności rozpoznawczych, tembardziej, że w kile drugorzędnej zaatakowanie stawów będzie szło daleko częściej w parze z innymi objawami swoistymi niż w kile późnej, a zwłaszcza w zespole guzków przystawowych. A jednak nawet *Fournier*, pomimo swej wybitnej intuicji i doświadczenia w syfilidologji, podaje, że niekiedy musiał tygodnie całe spostrzegać chorego, by dojść do wniosku, czy jest schorzenie stawowe na tle kiły, czy też przypadkowy gośćciec stawowy u chorego na kiłę. A już o wiele częściej, oczywiście chorzy sami wprowadzają w błąd lekarza, podając i rozwodząc się o dolegliwościach stawowych z pominięciem zupełnem objawów kiły na narządach płciowych czy skórze.

Jako pendant do tego rodzaju spraw chorobowych, możemy podać własną obserwację chorego, który zwrócił się do nas po poradę li tylko naskutek bolesności stawu barkowego prawego. Dopiero bliższe wywiady i badanie wykazały kiłę, jako przyczynę tych dolegliwości.

Chory lat 37, kawaler. Buchalter z zawodu. Zakażenie kiłą przed 3 laty. Przebył jedną kurację swoistą (6 Neo i 12 Quinby). Chorób zakaźnych poza kiłą nie przechodził. Od kilku tygodni stale wzrastający ból, umiejscowiony wyłącznie w prawym stawie barkowym; ból ten zaczął przeszkadzać choremu w pracy zawodowej, co skłoniło go do zasięgnięcia porady lekarskiej. Chory — dobrej budowy ciała i odżywiania. W sercu i w płucach zmian nie stwierdzono. Mocz — norma. W zakresie układu nerwowego — bez zmian. Odczyn krwi Bordet-Was — wybitnie dodatni. Oględziny miejscowe wykazały: staw barkowy prawy wyraźnie obrzękły, bolesny, o ruchach ograniczonych, lecz, co ciekawsze, wyłącznie okolica prawego stawu barkowego pokryta wykwitami swoistymi o typie grudkowym. Po kuracji specyficznej (6 Neo w dawkach 0,3 — 0,6 i 12 Quinby) zupełna poprawa kliniczna i subjektywna. Staw przyszedł do normy, bóle ustąpiły całkowicie, grudki uległy wessaniu z pozostawieniem zmian barwikowych.

W okresie kiły późnej czy też t. zw. zmian trzeciorzędnych szkoła francuska odróżnia następujące postacie w zakresie schorzeń stawowych:

1) O s t e o - c h o n d r o - a r t h r o p a t i e *Fougret'a* czyli p s e u d o - t u m e u r b l a n c h e *Fourniera* oraz, co nas bardziej ciekawi ze względu być może na przejście do dalszych postaci.

2) T e n d o - v a g i n i t i s g u m m o s a, gdy w okolicy stawów w obrębie ścięgien, powięzi i więzadeł występują guzki, które niekiedy (rzadko) ulegają rozpadowi, powodując przykurcze, ograniczające ruchy stawów (prof. *Mracek*). W każdym bądź razie są to typowe kilaki, ustępujące pod wpływem leczenia swoistego.

Zupełnie à part niejako jest zespół objawów, wspomniany powyżej pod nazwą n o d o s i t e's j u x t a a r t i c u l a i r e s J e a n s e l m e'a. Jest to schorzenie od lat przeszło 30 dyskutowane w literaturze fachowej chorób podzwrotnikowych, 11 lat zaś temu zwrócono po raz pierwszy na nie uwagę w Europie, uważając je ostatecznie najprawdopodobniej jako wyraz kiły.

Aby dać zatem obraz kliniczny tego symptomokompleksu, którego 2 obserwacje własne opiszemy poniżej, musimy odbiegnąć nieco od tematu i przytoczyć pierwsze spostrzeżenia i poglądy szeregu autorów w ich zarysie historycznym.

W r. 1891 lekarz brazylijski *Dr. A. Lutz* w artykule, nadesłanym z Honolulu, opisał przypadek swoistych guzków (bez nazwy!) u tubylców. Doniesienie to przeszło jednak bez echa. Dopiero w l. 1899 — 1900 ogłoszone zostały pierwsze istotne spostrzeżenia kliniczne prof. *Jeanselme'a* z Indochin. Prof. *Jeanselme* nie znał zresztą pracy *Lutza*, jak również doniesień dorywczych mniej więcej z tego okresu *Mac Greg'a* i *Steinera*. Zupełnie słusznie zatem podkreśla *Jessner*, że przejrzysty i zupełny pod względem klinicznym obraz chorobowy został wyodrębniony dopiero przez *Jeanselme'a*, z którego nazwiskiem związano charakterystyczny zespół objawów. Opis prof. *Jeanselme'a* nawet po latach nie wymaga właściwie żadnego uzupełnienia: są to guzki od wielkości grochu do jajka kurzego podskórne, pojedyńcze lub skupione, umiejscowione zawsze w pobliżu stawów i występów kostnych. Spoistość tych guzków jest zazwyczaj twarda, zwarta; wyjątkowo tylko guzki mogą ulegać rozmiękaniu, wówczas jako zejście tego procesu będzie blizna, nie mająca zresztą żadnych cech charakterystycznych poza umiejscowieniem w pobliżu stawów. Przy obmacywaniu palcami guzki są zazwyczaj dość ruchome, niebolesne; bolesność jednak, jak zgadza się *Jeanselme*, nie jest wyłączona (np. przypadki *Jojoté)*.

Umiejscowienie najczęstsze: wyrostek łokciowy (olecranon), kostka zewn. (malleollus), okolica stawu kolanowego, przyczep m. strzałkow. (m. peronei), wyrostek barkowy (acromion), grzbiet palców. Przy rozpoznaniu różniczkowem według *Jeanselme'a* można pomylić dość łatwo z włókniakami (fibroma), dalej z kępkami żółtemi (xanthoma), hygroma, tophi (dna), niekiedy guzkami gruźliczymi.

Tyle co do obrazu klinicznego zespołu objawów guzków przystawowych. Jak wspomnieliśmy, został on wyodrębniony przez *Jeanselme'a* w r. 1899, a dopiero w r. 1903 Dr. *Fontoynont*, dyrektor l'Ecole de Médicine w Tanarive, nadesłał mu fragmenty guzków, przezeń obserwowanych, z których prof. *Jeanselme* zrobił pierwsze skrawki i przeprowadził badania histologiczne.

Drobnowidzowo *Jeanselme* stwierdził proces zapalny przewlekły z punktem wyjścia z naczyń krwionośnych.

Jako etiologję *Jeanselme* z początku uważał uraz nieraz drobny, lecz często się powtarzający np. naskutek pracy zawodowej.

Z biegiem czasu jednak sprawa się komplikuje i zaczyna nabierać większego znaczenia, a to z dwóch względów:

1) zwrócenie uwagi na zakażenie krętkami swoistymi, czy też framboesia tropica i, co ciekawsze,

2) stwierdzenie choroby w Europie niemal wyłącznie u chorych na kiłę.

Dzieje to się stopniowo w ciągu bieżącego stulecia. Już *Jeanselme* wyraził przypuszczenie, że poza urazem przyczyna choroby może być pasorzytnicza. *Fontoyont* i *Carongean* opisali grzybki jakoby swoiste. *Steiner*, *Van Dijke* i *Oudendal* znaleźli w skrawkach, barwionych metodą Levaditi'ego krętki typu treponema pertenue Castellani, które, jak wiadomo, wywołują chorobę krajów podzwrotnikowych framboesia tropica i są bliźniaczo podobne do krętków bladych.

Dokładne jednak badania histologiczne skrawków guzków u europejczyków nigdy krętków nie wykazały.

Prace zaś *Steinera* i in. zostały poddane w wątpliwość przez *Galli-Valero*, który twierdził, że są to nie krętki, lecz subtelne włókienka tkanki łącznej.

Monchet i *Dubois* uważali guzki przystawowe jako wyraz framboesia tropica. Następuje teraz drugi moment zwrotny w sprawie nodosités juxtaarticulaires Jeanselme'a. Autorzy zaczynają opisywać guzki przystawowe u chorych w krajach, gdzie zupełnie nie panuje framboesia tropica, przyczem u wszystkich tego rodzaju chorych można stwierdzić wzgl. podejrzewać kiłę późną.

Pierwszy *Quervain* wyraził konkretne i definitywne przekonanie, że wszystkie przypadki guzków przystawowych, opisane w krajach podzwrotnikowych, są związane z kiłą. Podobnegoż zdania później byli *Poupelain* i *Foley, Parrot, Cauge* i *Argand, Nogue, van Dijke, Da Malta* i *Da Silve*. Również *Montel*, obserwując guzki przystawowe u Malajczyków, zawsze stwierdził współistniejącą kiłę.

Prof. zaś *Gougerot, Bonin* i *Burnier* — wybitni dermatolodzy francuscy, opisując w r. 1928 przypadek nodosités juxtaarticulaires u chorego na kiłę, europejczyka z Madagaskaru, już wyraźnie nazywają guzki „gommes syphilitiques". W ten sposób autorzy paryscy chcieli dać wyraz swemu przekonaniu, że guzki mają za tło kiłę, gdyż, jak podkreślają, nie może tutaj być mowy o zwykłych kilakach.

Sprawa wchodzi w ostatnią swą fazę w r. 1920. Dotychczas wszystko obracało się w strefie krajów podzwrotnikowych, co najwyżej dotyczyło europejczyków, którzy tam dłużej przebywali. Dopiero w r. 1920 *de Quervain* opisał przypadek guzków przystawowych u Szwajcara, który nigdy nie wyjeżdżał poza obręb rodzimego kraju. Przypadek ten był przez jakiś czas odosobniony. Później jednak *Cauge* i *Argand* opisali to schorzenie u Francuski, która nigdy nie była w kolonjach, *Max Jessner* we Wrocławiu u Polaka i Niemca, *Stern* w Norymbergji *Mieczerski, Iwanow, Jakowlew, Rossow,* kilkadziesiąt przypadków w Rosji (między innemi jeden również u Polaka z okolic Kowna). Liczba publikacyj staje się coraz większa, obejmując różne kraje Europy, dotyczy niemal wyłącznie chorych na kiłę, niewątpliwych lub przypuszczalnych. Za kiłowem pochodzeniem sprawy przemawiają następujące przesłanki, przytaczane obecnie prof. *Jenselme'a:*

1) niezwykle częste spostrzegane współistnienie obu chorób.

2) b. często występujący (częściej niż w zwykłej lues tarda manifesta) dodatni odczyn krwi Bordet-Was. bez innych objawów kiły.

Więcej nawet, *A. Rossow* podkreśla, że noduli juxtaarticulaires mogą być jedynym objawem klinicznym syphilis ignorata.

3) Niewątpliwie skuteczny, swoisty wprost efekt działania leczniczego przetworów arsenobenzolowych (i Bi — *Rossow). Stern* jednak zaznacza, że w niektórych przypadkach guzki niezupełnie znikają po kuracji swoistej.

4) wspomnieć należy również o ujemnych próbach szczepienia kiły chorym z nodosités juxtaarticulaires, u których nie stwierdzono definitywnie syfilisu.

5) Na uwagę wreszcie zasługuje przypadek guzków przystawowych u chorego z lues tuberculo-serpiginosa *(Stern).*

Osobiście mieliśmy możność spostrzegania 2 przypadków, które pod względem klinicznym i, co ważniejsza bodaj, efektu działania leczniczego (Neosal.) najzupełniej odpowiadają zespołowi objawów guzków przystawowych.

I s p o s t r z e ż e n i e w ł a s n e. Chory, lat 42, urzędnik, zwrócił się do nas po poradę z powodu kiły utajonej. Zakażenie kiłą 7 lat temu. Przebył 2 kuracje (à 6 Neo i 12 Quinby). Obecnie bez objawów. Niekiedy bóle głowy. Chorób zakaźnych nie przechodził. Nie pije alkoholu. Odczyn krwi B. W. wybitnie dodatni. Chory bierze kurację naskutek dodatniego Odcz. B. Was., który kontroluje co jakiś czas. Ostatnio — rok temu był ujemny. Oględziny: Chory — dobrej budowy ciała i odżywiania. W sercu i płucach zmian nie stwierdzono. Mocz — normalny. W zakresie układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego — bez zmian. Podczas wstrzykiwania Neos. przypadkowo zauważyłem guzek podskórny wielkości niemal orzecha włoskiego, 3 — 4 cm poniżej lew. wyrostka łokciowego. Guzek był ruchomy, zupełnie niebolesny, twardy, pokryty skórą niezmienioną. Sprawiał wrażenie włókniaka. Chory twierdził, że guzek zauważył od kilku miesięcy, że nie zwracał nań uwagi, gdyż nie sprawiał mu dolegliwości. Chory leczył się nieprawidłowo. Dostał 5 inj Neosal. à 0,3 — 0,6 i 8 JBi Chin. Guzek nie znikł wprawdzie zupełnie, lecz zmniejszył się do wielkości małego grochu. Chorego straciłem z oczu.

II s p o s t r z e ż e n i e w ł a s n e dotyczy chorej, którą obserwowałem w szpitalu Ś-ego Łazarza w Warszawie. Chora przebywała na oddziale D-ra med. Jana Mężyńskiego, który mi łaskawie ułatwił obserwację, za co pozwalam sobie niniejszem wyrazić moje podziękowanie.

Chora lat 26, prostytutka. Zakażenie kiłą 6 lat temu. Przebyła 2 kuracje swoiste, jednak niesystematyczne. Przyszła na oddział z powodu ogólnego złego samopoczucia i odczynu krwi Bordet-Wasser, wybitnie dodatniego. Chora złej budowy ciała. Jest w ciąży (3 m.). Odżywianie liche. Smukła budowa kości. Chora jest jakby zbolała, brak apetytu. W sercu zmian nie stwierdzono. Mocz — norm., w płucach — oddech zaostrzony. W zakresie centr. układu nerwowego zmian charakterystycznych nie zauważono.

Oględziny miejscowe: 1½ — 2 cm. poniżej lew. wyrostka łokciowego (olecranon) 2 guzki podskórne wielkości grochu, wyraźnie macalne (chora sama zwraca na nie uwagę), ruchome twarde. Skóra na guzkach niezmieniona. Podobny guzek 2 — 3 cm. poniżej praw. stawu kolanowego na powierzchni bocznej.

Ze względu na ogólną bolesność, na którą skarżyła się chora, przeczulicę skóry czy bóle mięśniowe chora dostawała salicylan sodu w dużych dawkach i podobne preparaty — bez najmniejszego skutku. Chora dostała 2 inj Hy Sal 10% a 0,3 i 3 Jod Bi Chin. (na więcej nie chciała się zgodzić ze względu na bolesność) oraz 12 inj arsenobenz. à 0,3 (Neo). Pewna poprawa ogólnego stanu zdrowia. Guzki jednak, co najbardziej nas ciekawiło, zginęły zupełnie.

Pozwalamy sobie wyrazić przeświadczenie, że obydwa przypadki, jak wspomnieli-

śmy, pod względem klinicznym należały do zespołu objawów nodosités juxtaarticulaires Jeanselme'a. Ich wygląd i przebieg choroby najzupełniej za tem przemawiały, utwierdza zaś nas w tem przekonaniu efekt leczenia preparatami arsenobenzolowymi (i częściowo Bi), który jest często, szczególnie w kile późnej jedynym i wyłącznym probierzem choroby.

Liczba przypadków guzków przystawowych zwiększa się przecież z każdym rokiem. Jeszcze w r. 1924 *Jeanselme* mówi o jedynym przypadku, stwiedzonym u europejczyka, który nie był w krajach podzwrotnikowych, w r. zaś 1929 *Rossow* podaje już liczbę 84 przypadków w Europie (w tem 22 w Rosji); przypadków tych jest najprawdopodobniej więcej.

Schorzenie zatraca stopniowo swój charakter egzotyczny. Nie mówimy już o czemś dalekiem i niesamowitem z Honolulu, lecz o zespole objawów, który raczej wchodzi w obręb zasięgu kiły. Zagranicą, w Rosji i Niemczech, stwierdzono 2 przypadki guzków przystawowych u Polaków; mamy wrażenie, że przy bliższej uwadze przypadków tych można znaleźć więcej.

LITERATURA:

Prof. E. Jeanselme: Les nodosités juxtaarticulaires „Paris Médical" 1924 dn. 15 III.

Prof. Jeanselme Idem. ref. Journal de Médicine et de Chir. prat., 10 VIII 1925.

A. Fournier Traité de la syphilis.

Picont-Laforest Un cas de nodosités juxtaarticulaires d'origine syph. 1923 Arch. de I'Institut Pasteur. ref.

Noel „Les nodos juxtaar". Annales de Dermâtologie et Syphiligraphie 1923 Nr. 3.

Jeanselme, Burnier et M-elle Eliarschef f Un cas de nodosités juxtaar. survenu chez une syphilitique. Bulletin de la societé — francaise de Dermat et syphil. Nr. 6 1928.

Prof. Gougerot, Burnier „Les nod. juxtaar. Bulletin de la Ste. fran. de Der. et Syphil 1928 Nr. 9.

Foutoynont, Girord, Woltz „Les nod. juxtaar." Societé de la Patologie exotique 1931 pos. z dn. 11 III. ref.

A. Rossew. Zur. Klinik u. Diagnostik der nodositės juxtaarticulaire Archiv. f. Der. et syphil 1929 B. G.

Stern Über juxtartikul. Knotenbildung bei syph. Dermat. Woch. 1930 Nr. 20.

Migrena i opoterapja tarczycowa

podał
DR. LENOEL (Condom, Gers).

Spostrzeżenie, które podaję, nie jest zupełne pod niektóremi względami. Jest to przypadek lekarza praktyka, któremu brak często różnych danych, możliwych do zebrania w klinice, gdzie można w szerokim zakresie korzystać z pracowni i zasięgnąć zdania specjalistów, w sprawach wątpliwych. Może spotka się ten przypadek z zarzutem, iż jest on miejscami dowodem łowienia przez autora ryb w mętnej wodzie dla znalezienia skutecznego leczenia w braku ścisłej djagnozy. Bez względu na to, mieliśmy jednak satysfakcję całkowitego wyleczenia przykrych napadów migreny, trwających oddawna, a lekarz praktyk, który to będzie czytał, i który miał rzadkie szczęście „wyleczyć“, zrozumie naszą radość i wybaczy nam ogłaszanie tego spostrzeżenia, tembardziej, że może z niego wyprowadzić wnioski lecznicze, mogące mu dać w jego praktyce niespodziewane wyniki.

D z i e d z i c z n o ś ć. — Migrena, na którą cierpi p. L. D. nie ma, według nas, nic wspólnego z dziedzicznością po dziadku, który zmarł, prawdopodobnie, na paraliż postępowy, ani też po ojcu, który był silny i nigdy nie chorował, z braku ściślejszych danych należy zapamiętać, że matka chorej, używając określenia jej otoczenia, jest bardzo nerwowa, a brat jej, obecnie w wieku 36 lat, cierpi od 9 roku życia na egzemę.

H i s t o r j a c h o r o b y. Pani L. D. cierpi na migrenę od 20 lat. Obecnie ma lat 35, a migrena zjawiła się z rozpoczęciem perjodów, zresztą zupełnie prawidłowych. Migrena jest częsta i bardzo silna. Chora ma zawsze pod ręką najrozmaitsze środki uśmierzające, których stale używa i nadużywa.

W 1928 migreny silnie się wzmogły. Niema tygodnia, w którym chora nie byłaby zmuszona położyć się do łóżka z powodu silnego bólu i współistniejących mdłości. Ten stan napadowy jest wywołany przez szereg przyczyn życia codziennego. Towarzyszą mu objawy rzadziej napotykane w prawdziwej migrenie jak np. zawroty głowy, które powstają raptownie, gdy pani L. D. prowadzi swoje auto, i są połączone z zamroczeniem, tak że nie widzi ona przeszkód i była zmuszona wyrzec się prowadzenia. Jednocześnie z migreną cierpi chora na uporczywe zaparcie, ustępujące tylko pod wpływem środków przeczyszczających.

W a g o t o n j a. Chora jest wagotoniczką, co potwierdzają wywiady i badanie. Stan ten wyraża się przedewszystkiem w silnej nerwowości, która nie pozwala np. chorej przyjąć jakiegokolwiek zaproszenia, gdyż siedzenie ze znajomymi przy stole wywołuje u niej atak charakteryzujący się silnem oziębieniem kończyn, bólem głowy i mdłościami, zakończonemi wymiotami. Stan ten jest zbyt złożony, aby go można było przypisać zaburzeniom wzrokowym. Lekki nie zwraca naszej uwagi, gdyż jest tylko zjawiskiem pojedyńczem w nieistniejącej serji zaburzeń specyficznych, na które mógłby wskazywać. Wagotonja charakteryzuje się także wyraźnym ślinotokiem i częstem uczuciem „zapchanego nosa“, jednak badanie nosowo-gardłowe nie wykazuje żadnej przyczyny etjologicznej. Ciśnienie tętnicze mierzone metodą Pachona, jest bardzo niskie, a wskaźnik oscylometryczny utrudnia jego określenie. W czerwcu 1930 r. chora, której wzrost wynosi 1, 60 m., waży tylko 46 kg.

L e c z e n i e. W maju 1930 r. przepisaliśmy bardzo ścisłą djetę jarską i dziennie 3 tabletki opozones z przysadki. Przez 2 tygodnie chora czuje się lepiej, lecz migrena znów się zjawia z całym orszakiem objawów wagotonicznych. Ta wybitna wagotonja każe myśleć o możliwości niedomogi tarczycy i 28 października 1930 r. chora zażywa jedną tabletkę opozones tarczycy. 29 października brak zwykłej migreny i podczas następnych dni przy dalszem trwaniu leczenia z n i k a j ą z u p e ł n i e w s z y s t k i e u p o r c z y-

we bóle głowy, a także zaparcie i wszystkie objawy wagotonji.

Obecnie p. L. D., która świetnie znosi leczenie tarczycowe w ilości 0,2 gr. dziennie przy doskonałem stanie serca, z tętnem dobrze napiętem (średnio 76) maksymalnem ciśnieniem 15 według Pachona, przybrała także znacznie na wadze i waży 49,5 kg.

Streszczenie. — Jest to przypadek wagotoniczki, cierpiącej na silną migrenę, której intensywność i częstość wraz z innemi zaburzeniami, czyniły chorej życie nieznośnem pod wieloma względami. Wyleczona opoterapją tarczycową, chora przybrała także na wadze, dzięki tej terapji i właśnie na ten fakt kładziemy nacisk, gdyż może on wydać się paradoksalnym pod niektóremi względami.

Gruźlica — jako wynik złej przemiany materji*).

Nie ukrywamy bynajmniej, że taki tytuł może być powodem do umieszczenia artykułu wśród tych, które w znacznej mierze przekroczyły granicę reakcji, po większej części słusznej, jaka powstała w różnych umysłach pod wpływem doktryny wyłącznie bakteryjnej [2]), w imię której, w ubiegłym wieku, zaprzestano zwracać uwagę na podłoże choroby i temperament chorego, dając przewagę wyłącznie czynnikowi chorobotwórczemu.

P o j ę c i e p o d ł o ż a. — Należy odrazu, się zastrzec, że nie mamy żadnego zamiaru lekkomyślnie ograniczać rolę odgrywaną przez prątek Kocha, i że chcemy tylko do pewnego stopnia zaakcentować to, co się odnosi do danych współczesnych dotyczących pojęcia podłoża gruźliczego, lub podłoża mogącego ulec zakażeniu swoistemu.

W niedawnej swojej pracy: „Gruźlica, Zaraźliwość, Dziedziczność“, *Auguste Lumière* rozpatruje z jednej strony dziedziczenie „zarazka“, a z drugiej strony dziedziczenie „podłoża“ i poświęca temu zagadnieniu cały rozdział.

Nie chcemy tutaj przytaczać wszystkich rozważań, które doprowadzają go do przyjęcia dziedziczności humoralnej, dziedzicznych skłonności organicznych i najrozmaitszych czynników niespecyficznych, tworzących „podłoże“, — rozważań, które logicznie zmuszają do przyjęcia istnienia specjalnego podłoża gruźliczego, lub skłonnego ulec temu zakażeniu .

Właśnie pod wpływem niedawnego artykułu, który pojawił się w Presse Mèdicale Nr. z 25 czerwca, podpisany przez *Delore,* chcemy wykazać, że już dawno *Auguste Lumière,* dzięki swym wybitnym zdolnościom indukcyjnym, jeszcze w epoce, kiedy taki pogląd był może nieco rewolucyjnym, zwrócił uwagę na wielkie znaczenie podłoża gruźliczego i zaczął szukać dla tego podłoża odpowiednich leków.

Z artykułu *Delore* chcemy podać tu tylko zasadnicze dane, żeby dowieść, że to, co jest uważane przez większość umysłów za nowość, przewidział, czasem nawet z wielką ścisłością, *Auguste Lumière,* który zresztą nie zadawalniał się czysto spekulatywną przyjemnością ustalania patogenezy, lecz którego czysto pragmatyczny umysł umiał wyprowadzić wskazówki terapeutyczne, potwierdzone potem przez liczby, zawarte w dużej ilości wybitnych prac ostatniej doby o procesach utleniania i redukcji w organizmie, szczególnie, w ustroju gruźliczym.

I wszyscy czytelnicy, których koncepcje filozoficzne doprowadzają do uznania danego faktu za ściśle naukowy tylko wówczas, gdy rozum ujmie go w pewną miarę, wszyscy ci, dla których „poznawać znaczy mierzyć“, będą zmuszeni stwierdzić, że pojęcie jakości, nawet jeśli nie posiada sankcji ilościowej, może zadowolić pragmatyczny punkt widzenia, prowadząc do wyraźnych wyników, zanim jeszcze zjawiska spostrzegane będą ujęte w cyfry.

P r z e m i a n a m a t e r j i w g r u ź l i c y: h y p o o k s y d a c j a. — *R. Monceau,* w swojej pracy wydanej w 1929 r. p. t. „Zaburzenia przemiany materji w gruźlicy płuc“, uważa za błędną doktrynę, według której podłoże gruźlicze odznacza się nadmiarem procesów utleniających i wzmożoną przemianą materji, jak na to zdawała się wskazywać utrata azotu u osobników gruźliczych, wzrost przemiany gazowej i zużycie większej ilości kalorji. *Monceau* dowodzi, że należy przyjąć teorję zupełnie przeciwną, mianowicie, że swoistą cechą jest zmniejszenie procesów utleniających i zwolnienie przyswajania.

Należało jednak te wywody poprzeć dowodami, poddać ścisłej krytyce to, co dawniej było uważane za prawdę, nie podlegającą dyskusji. Autor dowodzi przedewszystkiem, że wielka utrata mocznika, którą uważano za cechę charakterystyczną dla organizmu gruźliczego, jest w rzeczywisto-

---

*) Avenir Medical Nr. 6, rok 1931.

[2]) która nie jest, jak błędnie przypuszczano, doktryną Pasteura. Pasteur w rzeczywistości powiedział: „Mikrob jest niczem, podłoże jest wszystkiem“.

ści zupełnie iluzoryczna i że to nie mocznik zostaje wydalony w większej ilości, lecz przeciwnie azot całkowity, tak że u gruźlika równowaga azotowa jest obniżona. Odbywa się nadmierne wytwarzanie amoniaku i w moczu udaje się wykryć nadmiar amino-kwasów, czyli ściślej mówiąc, u gruźlika zachodzi swoista przemiana aminokwasów, z których przeważa tyrozyna i leucyna. Można także spostrzec kreatynurję i cystynurję ze zwiększoną ilością niezupełnie utlenionej siarki, acetonurję oraz wzrost ilorazu węgiel-azot, nazwany przez *Bickela i Kauffmann-Cosla* dyskarbonurją.

W sumie wszystkie te modyfikacje przemiany azotowej i obecność w moczu resztek, niedostatecznie spalonych, doprowadziły *Monceau* do logicznego wniosku o zwolnionym procesie odżywiania wskutek niedostatecznego utleniania. Niedostateczne utlenianie daje się także zauważyć, gdy się bada przemianę tłuszczów i rozpad kwasów tłuszczowych; stwierdza się wtedy, że te ostatnie, nie będąc w stanie się utlenić, gromadzą się w komórkach i narządach, przeszkadzają ich działaniu, sprowadzając wreszcie zwyrodnienie, przedewszystkiem wątroby. Istotnie znaną jest rzeczą, że często sekcja gruźlika wykazuje wątrobę otłuszczoną, chociaż sam osobnik jest wychudzony.

Delore kładzie nacisk na widoczną zależność między postępem gruźlicy i niedomogą czynnościową płuca jako narządu utleniającego tłuszcze, opierając się na pracach następujących autorów: *Hasselina*, który zauważył zwiększoną zawartość tłuszczu w płucu gruźliczym, *Wissa, d*owodzącego, że płuco, skłonne do gruźlicy, charakteryzuje się słabą zdolnością utleniania oraz *Roger'a* i *Binet'a*, którzy udowodnili zależność rozpadu tłuszczu od utleniania.

Leczenie utleniające. — *Delore* jest niezdecydowany co do kwestji zasadniczej przemiany materji, *Monceau*, twierdzi stanowczo, że zużycie tlenu u gruźlika jest niższe od normy. Autor ten dochodzi do następujących wniosków terapeutycznych: należy zalecać wszystko, co może przyspieszyć przemianę, a więc długie leczenie klimatyczne, środki wzmagające utlenianie, pokarmy bogate w cukry. Z pośród katalizatorów poleca szczególnie niektóre wyciągi z drożdży, hodowanych na specjalnych pożywkach.

Delore ze swej strony zachwala tran, zawierający kwasy tłuszczowe nienasycone i znaczną ilość tlenu czynnego w cząsteczce.

Lecz przypomnijmy sobie, że w 1899 *Auguste Lumière* zrealizował, pod nazwą Persodine tabletki wielosiarczków zasadowych, przewyższające inne wielosiarczki swoją stałością, pozwalającą na stosowanie ich w lecznictwie. W 1903 prof. *Lemoine* pisał: „Persodine jest wskazana w postaciach bezgorączkowych i przewlekłych gruźlicy w dwu pierwszych okresach, a szczególnie w pierwszym, w którym może dać wybitne wyniki".

Na kongresie gruźlicy, prof. *Hobbs*, lekarz szpitali w Bordeaux, wygłosił referat p. t. „Leczenie braku apetytu u gruźlików Persodiną", w którym podkreślał działanie tego preparatu, podnoszącego odżywianie i przyspieszającego utlenianie.

Wzrost apetytu i przyrost na wadze, o których donosili profesorowie *Huchard, Robin* i *Arnozan*, były tak przekonywujące, że wkrótce Persodine, zgodnie z zamiarami autora, i zresztą zupełnie słusznie, stała się nietylko lekiem dla gruźlików, lecz lekiem stosowanym przy braku apetytu i we wszystkich stanach niedostatecznego odżywiania o różnej etiologji.

Jaki jest sposób działania Persodine? Działa ona zasadniczo jak tlen in statu nascendi i stanowi prawdziwą terapję utleniającą nietylko w tym sensie, że ilość tlenu dostarczonego jest dostateczna dla wszystkich potrzeb organizmu, lecz posiada ona pozatem prawdziwe działanie katalityczne. Rozumiemy przez to wytwarzanie w komórkach organizmu tendencji do utleniania i aktywację potrzeby odżywiania, tak że wzmożony apetyt jest tylko objawem usilnej potrzeby organizmu, zasadniczo różnej od tej, jaką się spostrzega pod wpływem goryczek. Wywołują one tylko zwodniczą potrzebę przeładowania żołądka, bardziej zgubną niż pożyteczną u osobników, u których z widoczną szkodą powstaje przeciążenie wątroby pracującej niedostatecznie i nie przygotowanej uprzednio do utleniania związków dostarczanych jej przez bardziej obfite pożywienie.

Rola Leukocytów. — Przytaczamy tutaj w całości słowa *Delore* w sprawie zdolności utleniających leukocytów:

„Zdaje się, iż leukocyty odgrywają czynną rolę w procesach utleniania. *Portier* i *Fiessinger*, którzy bronili tej tezy, kładli

nacisk na fakt, że nigdy limfocyty i jedno jądrzaste białe ciałka nie dają reakcji oksydaz, które są charakterystyczne dla wielo jądrzastych. Chociaż *Prenant* i *Hollande* krytykowali koncepcję *Fiessingera* o obowiązkowej czy też swoistej roli utleniających fermentów leukocytarnych w procesach oksydacyjnych, wydaje się jednak słuszne rozpatrzyć zdolność utleniającą ciałek białych z punktu widzenia gruźlicy.

Jest rzeczywiście rzeczą ciekawą, że ropienia gruźlicze są zawsze zimne. W gruźlicy nie mamy ropni gorących i reakcja oksydaz jest zawsze ujemna, a w ropie są napotykane postacie jedno jądrzaste, gdy tymczasem w ropniach zwykłych odczyn oksydazy jest zawsze wybitnie dodatnia i w skład ropy wchodzą leukocyty wielojadrzaste. *(Brandenburg, Fiessinger, Roudowska)*.. Cel wstrzykiwań modyfikujących stanowi właśnie wytworzenie silnego przekrwienia ścianki, a przez to przypływu ciałek wielojądrzastych — jest to właśnie rozgrzanie wrzodu zimnego, sposób leczenia, który odpowiada potrzebie diastaz a w szczególności oksydaz".

I jeśli porównamy te wrzody z rozdziałem, w którym *Delore* wskazuje na pomyślne wyniki otrzymane u gruźlików, dzięki stosowaniu leków utleniających, dochodzimy logicznie do wniosku, że 10 lipca 1925 r. dzień, kiedy profesor *Chauveau* przedstawił w Akademji Nauk Hèmoplase, stanowi datę zrealizowania przez *Lumièra* leku odpowiadającego wszystkim wspomnianym wymaganiom.

L e c z e n i e c a ł k o w i t e. — Hèmoplase, wyciąg z krwi baraniej, zawiera istotnie wszystkie zaczyny leukocytarne, przygotowane w sposób nie naruszający ich aktywności, urzeczywistniając w ten sposób czynnik opoterapeutyczny w stosunku do gruczołu jednokomórkowego, jakim jest ciałko białe. Z drugiej strony hemoglobina hemoplazy jest hemoglobiną utlenioną, czyli oksyhemoglobiną, jak to wykazuje analiza spektralna. Pomijając prace dawniejsze o plazmoterapji, z których najbardziej godnemi uwagi są prace profesorów *Renon, Javillier, Faivre* oraz lekarzy *Lauminier, Rosenthal, Dumarest, Lereboullet*, przypominamy najświeższe prace *Mattavscha*, który widzi w hemoplazie lek specyficzny w gruźlicy. Możemy odesłać w tej sprawie czytelnika do Avenir Mèdical numer z marca 1930. Prace te znalazły silny odźwięk w krajach niemieckich, sądząc z artykułu, który im poświęcił „Neues Wiener Journal" z 20 czerwca 1930 oraz wcześniejszy artykuł w „Medizinische Klinik" z 13 czerwca 1930, zawierający sprawozdanie z doświadczeń *Mattauscha*.

Przekroczylibyśmy ramy niniejszego artykułu, gdybyśmy chcieli iść dalej i rozpatrywać nietylko rolę utleniacza, jaką odgrywa Hemoplase, lecz chcielibyśmy jeszcze zreferować prace *Wolfa*, które wykazują, że lipoidy ciałek białek i ciałek czerwonych, zawartych w Hemoplase, odgrywają w stosunku do wosku bakteryjnego rzeczywiście rolę specyficzną, wytwarzając antyciała w organizmie, do którego są wprowadzone. Nie możemy jednak pominąć następującego zdania *Dèlore:* „Wszystko, nawet budowa prątka gruźliczego, każe przypuścić, że proces redukcyjny bierze udział w powstawaniu wyższych kwasów tłuszczowych i wosku, z których się ona składa" — wszystko przemawia za tem, że Hemoplase jest pod niektóremi względami lekiem całkowitym, szczególnie, gdy się weźmie pod uwagę prace *Wolfa* ogłoszone w „Schweitzer Medizinische Wochenschrift" i zawierające wybitne wyniki w leczenu gruźlicy przez lipoidy, a głównie fosfatydy, zawarte w wielkiej ilości w czerwonych ciałkach krwi i zachowane bez zmiany w Hemoplaise.

R o l a S i a r k i. — Nie nalegamy na rolę żelaza hemoglobiny o którem po *Warburgu* mówi *Delore* w swojej pracy. Cytujemy tylko jeden jego ustęp:

„Należy zbadać, czy jest łączność między ilością siarki w tkankach i rozwojem gruźlicy. Prace współczesne przypisują rzeczywiście pierwsze miejsce siarce szczególnie postaci glutathion w procesach utleniająco-redukcyjnych. Powracając do koncepcji *De Rey-Pailhade* o philothionie, *Hopkins* i jego szkoła wykazały rolę glutathionu, dipeptydu, utworzonego z kwasu glutaminowego i cysteiny czyli cystyny, która w swych postaciach: zredukowanej, czyli thiolu (— SH) i utlenionej czyli dwusiarczku (— S. S. —) stwarza w tkankach odwracalny system przenoszenia tlenu. Glutathion zredukowany utlenia się bardzo łatwo; glutathion utleniony redukuje się również łatwo. Glutathion działa w ten sposób w organizmie jak autooksydator. *Hopkins* dowódł, że ślady jego katalizują in vitro utlenianie kwasów tłuszczowych nienasyconych. Najbardziej bogate w glutathion

w narządach są właśnie te miejsca, które wydają się być ogniskiem najbardziej intensywnej przemiany materji (*Joyet-Lavergne*). Tkanka płucna jest szczególnie biedna w glutathion (*Blanchetière* i *Binet*, P. *Delore*), odwrotnie skóra zawiera go bardzo dużo (*Madge Kaye*).

Badaliśmy, czy ilość glutathionu w tkankach zmienia się w przebiegu gruźlicy u świnki morskiej i bydła rogatego; nie znaleźliśmy szczególnych i stałych zmian w ilości glutathionu w głównych narządach wewnętrznych.

W pracy bardzo ciekawej *White*, *Smith* i *Sullivan* wykazali rolę, jaką odgrywa jon S jako katalizator w procesach odwracalnych utleniająco-redukcyjnych na obwodzie tkanek gruźliczych.

Dodajmy jeszcze, że *Mouriquand* i *Bertoye* w pracy odnoszącej się do rozwoju gruźlicy doświadczalnej na podłożu przyzwyczajonem do siarki, doszli do wniosku, że podłoże takie stanowi skuteczną obronę przeciw infekcji gruźliczej. Również badania *Dubrowa* i *R. Froment* o roli zasadniczych substancji tkanki łącznej w rozwoju anatomicznym zmian gruźliczych zasługują na to, aby były prowadzone w dalszym ciągu.

L e c z e n i e z ł o t e m i s i a r k ą. — Przypomnijmy sobie, co pisał *Mollard* w swojej świetnej pracy o leczeniu złotem, twierdząc, że przestanie być ono chimerą z chwilą, gdy metal zostanie połączony z siarką. Jest to genjalna koncepcja, zrealizowana przez *A. Lumiera*. Wytworzony przez niego preparat, Allochryzyna, posiada wzór:

CH^2 S Au		CH^2 SH
SH OH	+	SH OH
CH^2 SO^3		CH^2 SO^3 Na

Zwracamy uwagę na połączenie SH, które wysuwa *Delore*, jako połączenie nadzwyczaj słabe i dzięki temu zdolne łączyć się ze związkami chemicznego ustroju. Połączenie to według autorów, badających działanie antireumatyczne Allochryzyny, jest jednym z czynników, warunkującym wielką aktywność tego preparatu.

Pierwsza pochodna sulfonowa propanolu w połączeniu ze złotem, zrealizowana przez *Lumiera*, nie miała jeszcze tej szczególnej budowy i odpowiadała wzorowi:

CH^2 S Au
SH OH
SH^2 SO^3 Na

Ale też *A. Lumiere* nie uważał tego związku za preparat leczniczy, co wskazuje na to, jak wielką wagę przypisywał zrealizowaniu preparatu, pozwalającego na stosowanie siarki w tej szczególnej postaci, o jakiej wspominaliśmy.

Może spotka nas zarzut, że praca ta zawiera obronę pro domo, ale sprawy właśnie tak się przedstawiają i czytelnik zrozumie, że pod wpływem wielkiej czci dla dzieła *Augusta Lumiera*, opierając się jednak zawsze na argumentach objektywnych, mamy odwagę przyznać się otwarcie do naszego uznania. Niechaj czytelnicy wybaczą nam, że w artykule roszczącym sobie pretensję do pracy naukowej, wypowiedzieliśmy kilka myśli, idących z serca, wbrew twierdzeniu, że oschłość uczuć ma być cechą stałą umysłu naukowego.

W odpowiedzi na artykuł „W sprawie usuwania łożyska" Dr. H. Walawelskiego

podał

Dr. BOLESŁAW HERMAN.

Nowy sposób usuwania łożyska podany przez autora, a polegający na rytmicznem uciskaniu macicy naprzemian od strony tylnej ściany macicy palcem, wprowadzonym do odbytnicy i od strony przedniej, ręką talerzykowato obejmującą macicę przez ścianę brzuszną nasuwa mi szereg zastrzeżeń, które poniżej podaję, w myśl życzenia autora.

1) *Sposób Crédego*, jak wiadomo, polega na tem, że ułożywszy rękę poprzez powłoki brzuszne na dnie macicy w ten sposób, aby cztery palce znalazły się na tylnej ścianie macicy, a jeden palec pierwszy na jej ścianie przedniej wspólnie dobrze macicę obejmując, wykonywamy początkowo bardzo lekkie, rytmiczne i, co jest ogromnie ważne, równomierne mięsienie, a gdy macica ulegać zaczęła skurczom, to w czasie skurczu ujmujemy ją mocno i uciskamy ją do tyłu i ku dołowi w kierunku wygięcia kości krzyżowej. Wykonanie tego zabiegu w sposób niewłaściwy spowodować może szkodę, gdyż łatwo może nastąpić zaburzenie naturalnego mechanizmu odklejania się łożyska, uszkodzenie jego, pozostawienie oddzielnych kotyledonów, części błon płodowych i deciduae.

Pomiędzy opisanym powyżej sposobem *Crédego* a podanym przez autora *zasadniczej różnicy nie znajduję*, gdyż jeden i drugi polega na mięsieniu macicy — jej przedniej i tylnej ściany, tylko że w sposobie *Crédego* robimy to jednoręcznie, a w sposobie autora dwuręcznie i to jedną ręką od strony odbytnicy. Dopatrzeć się mogę chyba *różnicy na niekorzyść sposobu drugiego, gdyż sposób Crédego zabezpiecza lepiej tak ogromnie ważny czynnik równomiernego mięsienia*. A dalej

2) *odpada w sposobie autora uciśnięcie macicy ku krzyżom* bardzo cenne dla momentu wydalania się łożyska, chyba pod koniec nowego zabiegu ułożymy rękę tak, jak czynić powinniśmy według sposobu *Crédego*.

3) Jeżeli jeden czy drugi sposób zawiedzie, musimy przystąpić do operacji par excelence *aseptycznej*, mianowicie do ręcznego usunięcia łożyska i choć palec spoczywający w odbytnicy osłonięty był rękawiczką, to przecież raczej powinniśmy za wszelką cenę *takiego zetknięcia się z treścią odbytnicy unikać;* w praktyce codziennej mając możność zawsze wykonamy najpierw zabieg czysty, a potem ropny, choć też osłaniamy sobie ręce rękawiczkami, a przed zabiegiem czystym ręce wyjaławiamy.

4) A jeżeli nam się sposób podany przez autora powiedzie, to jak się mamy zachować *w chwili wydalania się łożyska;* przecież łożysko należy ująć w ręce i je obracać, aby błony w całości wyszły; czynimy to poprzez jałowy kompres, ale *palec zbrudzony kałem do tego się nie nadaje.*

5) W odniesieniu do konkretnego przypadku opisanego przez autora sądzę, że sposób Crédego zawiódł wskutek zbyt wczesnego jego zastosowania. Nic tak zaszkodzić nie może, jak pośpiech. Musimy macicy pozostawić czas na to, aby *naturalny mechanizm odklejania się łożyska i jego wydalania mógł się odbyć.* Czekamy dwie, a już przynajmniej przeszło godzinę, a nie kwadrans, jak podaje autor. Chyba jest wskazanie do wcześniejszej interwencji; zachodzi ono w razie krwotoków przedewszystkiem, natomiast podwyższona temperatura, pochodząca z okresu, kiedy cały płód znajdował się w macicynie jest wskazaniem do takiego pośpiechu, który mieści w sobie niebezpieczeństwa, o których powyżej wspominam. Zresztą kał aż 12 godzin. Czy nie dlatego, że przez zbyt nacóż przydał się pośpiech, skoro i tak autor czewczesne zastosowanie zabiegu *Crédego* naturalny mechanizm odklejania się łożyska został zaburzony? Nawiasem zapytuję, czy ten naciek nie był powodem gorączki, czego z braku danych rozstrzygnąć nie mogę?

Jeśli w porę i należycie zastosowany sposób *Crédego* w przypadku autora byłby zawiódł, to raczej po należytem osłonięciu nacieku w pochwie zapomocą jałowej gazy i dość szerokich wzierników, usunąłbym łożysko 4-romiesięczne pod kontrolą oka narzędziami (np. Winterem), nie czekając przy wysokiej gorączce aż 12 godzin; oczywiście, że zabieg taki wymaga już dużej wprawy.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

O pewnych formach utajonej gruźlicy kręgosłupa. (Sur quelques formes de la tuberculose larvée de la colonne vertébrale). T h. S t e p h a n i.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Autor zwraca uwagę na przelotne lub stałe bóle kręgosłupa, na które często skarżą się gruźlicy, na rwę kulszową, występującą u nich, przytaczając 6 spostrzeganych przez siebie przypadków. Zdjęcia radiologiczne chorych wykazywały zgrubienia więzadeł kręgowych, czasami liczne wyrostki kręgów w obrębie miejsc bolesnych, wszyscy chorzy byli zdeklarowanymi gruźlikami. Na gruźliczą naturę cierpienia zwrócono uwagę z powodu braku wszelkiego działania salicylu. Autor stosował u swoich chorych szczepionkę Paula. Działanie jej było korzystne i zaznaczyło się głównie bardzo szybkim uśmierzaniem bólów. Szczepionka działa prawdopodobnie przedewszystkiem na stan zapalny tkanki, czy oddziaływuje również na wyrostki kostne niewiadomo. Szkodliwych skutków stosowania szczepionki Paula autor nie spostrzegał.

Pozastawowe powikłania gośćca gruźliczego. (Déterminations abartuculaires du rhumatisme tuberculex). P i c, V a c h e z, C h a p u y.

Journ. med. Lyon, Nr. 296. 1932.

I. P o w i k ł a n i a s e r c o w e g o ś ć c a g r u ź l i c z e g o.

Stwierdzenie gruźliczego pochodzenia gośćca zwróciło uwagę, że powikłania gośćcowe ze strony wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego również mogą być natury gruźliczej. Gościec gruźliczy ostry, podostry i przewlekły zachowuje się podobnie jak gościec stawowy t. zn., że powikłania sercowe powstają tem łatwiej, im bardziej ostry jest przebieg gośćca. W spostrzeganych przez autorów 48 przypadkach zmian wsierdzia stwierdzono w 33 przypadkach dodatnie odczyny humoralne dla gruźlicy, w 15 przypadkach te odczyny były wątpliwe, poza tem na 28 sekcjach przypadków ze zmianami sercowemi, podejrzanemi co do ich gruźliczego pochodzenia, w 13 przypadkach sekcja to podejrzenie potwierdziła. Uwzględniając częste gruźlicze pochodzenie zapaleń osierdzia i mięśnia sercowego, należy stwierdzić, że gruźlica czy to bezpośrednio, czy pośrednio za pomocą zmian gośćcowych o różnym przebiegu jest jedną z najważniejszych przyczyn zmian sercowych. Jest ona tem dla serca, czem kiła jest dla naczyń. Naogół w sprawach sercowych pochodzenia gruźliczego, gruźlica czy to w swej formie utajonej czy to w formie płucnej schodzi na plan drugi, na pierwszy plan wysuwa się powikłanie sercowe. Leczniczo szczególnie dobrze działa na te powikłania sposób życia zalecany gruźlikom, spokój, pobyt na wsi.

II. R u m i e ń g u z o w a t y p o c h o d z e n i a g r u ź l i c z e g o.

Podejrzewana oddawna natura gruźlicza rumienia guzowatego, za którą przemawiały częste występowania tego cierpienia u gruźlików, pociągające za sobą zaostrzenia procesu gruźliczego, występowanie gruźlicy u chorych na rumień guzowaty, obecność komórek olbrzymich w guzkach rumienia, wykazana doświadczeniem biologicznem na śwince morskiej obecność bakterjemji gruźliczej u chorych na rumień guzowaty, dodatnie reakcje serodiagnostyczne, wreszcie stwierdzenie laseczników Kocha w guzkach, znalazła obecnie potwierdzenie w doświadczeniach klinicznych. Chorzy na rumień guzowaty naogół mają przeszłość gruźliczą, jednakże jest to najczęściej albo gruźlica utajona, albo też gruźlica włóknista o przebiegu łagodnym, przyczem najczęściej w przebiegu albo po zakończeniu sprawy skórnej wystąpić mogą powikłania gruźlicze ze strony różnych narządów: płuc, opłucnej, opon mózgowych, otrzewnej i t. d. U zdeklarowanych gruźlików występuje rumień guzowaty rzadko, niema on także skłonności do nawrotów. Autorzy przytaczają przypadek rumienia guzowatego odpornego na działanie salicylu, w którym wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu tuberkuliny. Za gruźliczem pochodzeniem tego cierpienia przemawiają dalej powiększenia gruczołów wnękowych w jego przebiegu u dzieci, dodatnia reakcja tuberkulinowa skórna i śródskórna. Śródskórne reakcje są szczególnie żywe, jeżeli są wykonane w sąsiedztwie guzków, posiadają one wtedy charakter tych ostatnich, czasami występują wtedy na świeżo guzki już znikające. Rumień guzowaty ma być wyrazem wczesnego zakażenia gruźliczego, które według pewnych poglądów ma być spowodowane uszkodzeniem toksycznem tkanki bez działania miejscowego laseczników. Jest to złagodzona gruźlica krwiopochodna, w której pierwszorzędną rolę ma odgrywać ultravirus gruźliczy. Według innego pojęcia ma on być skórnym objawem nadwrażliwości gruźliczej, wreszcie według *Landouzyego*, jest rumień guzowaty wyrazem tyfobacillozy. Naogół więc każden rumień guzowaty, występujący samorodnie jest objawem gruźliczym podobnie, jak każde wysiękowe zapalenie opłucnej. Stwierdzenie tego faktu ma znaczenie praktyczne, gdyż chorych takich należy uważać za gruźlików i leczyć ich jako takich. Nigdy także nie wiadomo jaki będzie dalszy rozwój zakażenia wprawdzie złagodzonego, ale mogącego się rozwinąć w jednym z narządów. Chorzy tacy powinni pozostawać z tego powodu pod obserwacją lekarską, należy wzmacniać ich ustrój do walki z utajonem zakażeniem i w ciągu kilku lat zalecić sposób życia gruźlików.

Gościec przewlekły na tle gruźliczem. (Le rhumatisme chronique d'origine tuberculeuse). Pic i Chapuy.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Na podstawie własnych spostrzeżeń stwierdzają autorzy, że istnieją formy gośćca gruźliczego przewlekłego i zniekształcającego. W przebiegu tego cierpienia, w którem zniekształcenia stawowe zjawiają się około 50 roku życia, albo też u kobiet w okresie przekwitania, stawy są naogół zgrubiałe, pokryte cienką, lśniącą skórą, mięśnie w sąsiedztwie chorych stawów są często w zaniku. Cierpienie idzie w parze ze znacznem ograniczeniem ruchów, bóle są silne. Od czasu do czasu występują zaostrzenia, w czasie których bóle są jeszcze silniejsze, czasami ciepłota jest nieznacznie podwyższona, chorzy chudną, słabną, jeżeli sprawa stawowa jest pochodzenia gruźliczego. Za gruźliczą naturą tego cierpienia przemawiają wywiady osobiste i rodzinne, które wykazuje obciążenie gruźlicze lub też sprawę przebytą, czasami stwierdza się charakterystyczne zmiany radiologiczne, wreszcie rozpoznanie znajduje swe potwierdzenie w leczeniu, które dać może wynik dodatni przy zastosowaniu tuberkuliny lub złota tam, gdzie wszystkie poprzednie sposoby leczenia, w szczególności siarka koloidalna, jod, emanacje radioaktywne zawiodły. Poza temi formami przewlekłego gośćca na tle gruźliczem, etiologję gruźliczą mogą mieć i inne artropatje stawowe w szczególności „spondylosis rhizomelica“ i „morbus coxae senilis“.

Podostry gościec gruźliczy. (Le rhumatisme tuberculeux subaigu). Pic i Chapuy.

Journal de Médecine de Lyon. Nr. 296, 1932.

Istnieje tylko nieznaczna różnica między podostrym gośćcem gruźliczym a gośćcem ostrym tego pochodzenia. W przebiegu gośćca podostrego występują czasami zaostrzenia zbliżające go do form ostrych, czasami początek jego jest ostry, ogółem biorąc jednak należy do form ostrych zaliczyć te wszystkie przypadki, w których objawy stawowe nie są bardzo silnie zaznaczone, a ciepłota nie przewyższa 38,0° — 38,5°.

W tej postaci jest on prawie tak częsty, jak i ostra forma gośćca gruźliczego. Zajęte są najczęściej wielkie stawy, objawy mogą przeskakiwać z jednego stawu na drugi, przeważają jednak formy jednostawowe. Objawy ogólne są różne, ciepłota może pozostać prawidłową, stałym objawem jest osłabienie, wychudzenie, poty. Trwałe zmiany stawowe spostrzega się rzadko, natomiast częste są zaniki mięśniowe; leczenie salicylowe pozostaje najczęściej bez skutku. Dokładne wywiady, wykazujące w przeszłości osobistej czy rodzinnej gruźlicę, badania laboratoryjne w postaci reakcji tuberkulinowej, szczepienia płynu stawowego i t. d. ułatwiają stwierdzenie gruźliczej natury tego cierpienia, którego kliniczne odróżnienie od form gośćcowych innego pochodzenia jest niemożliwe. Leczenie również ułatwia postawienie rozpoznania, gdyż o ile salicyl naogół pozostaje bez wyniku, leczenie tuberkulinowe, klimatyczne, świetlne, odpowiednie odżywianie, spokój, czasami leczenie za pomocą złota może doprowadzić do wyleczenia.

Zmiany anatomiczne w przebiegu tej formy gośćca różnią się również od klasycznych zmian gruźliczych, są to najczęściej przejściowe zmiany zapalne, ostre lub podostre, podobne do wczesnych objawów gruźlicy na błonach surowiczych, które należy uważać jako objawy alergji ustroju. Postawienie rozpoznania jest niezmiernie ważne przez wzgląd na leczenie, należy bowiem na tych chorych spoglądać jako na gruźlików i odpowiednio z nimi postępować.

Gruźlicy i reumatycy. (Tuberculeux et rhumatisants). Dumarest, Mollard, Sivrière et Papatestas.

Le Journal de Médecine de Lyon. Nr. 295. 1932.

Od roku 1897, w którym *Poncet* wyraził podejrzenie co do gruźliczego pochodzenia gośćca i poparł je całym szeregiem dowodów klinicznych, hypoteza ta znalazła potwierdzenie w całym szeregu faktów, wykazujących słuszność spostrzeżeń Ponceta. Znaleziono laseczniki w stawach, w sercu i we krwi chorych gośćcowych, cierpiących równocześnie na powikłania sercowe, wywołane objawy gruźlicy u świnki morskiej po wstrzyknięciu płynu z opłucnej od chorych cierpiących na ostry gościec stawowy, powikłany zapaleniem wsierdzia i opłucnej, wykazując w ten sposób bakterjologicznie gruźlicze pochodzenie całego szeregu przypadków gośćca. Równocześnie zmieniło się samo pojęcie gośćca jako cierpienia stawowego, gdyż wykazano, że gościec przebiegać może bez objawów stawowych i że objawy ze strony narządów wewnętrznych poprzedzać mogą objawy stawowe. Wyłoniło się z tego pojęcie cierpienia gośćcowego, w którem objawy stawowe są tylko wyrazem nadwrażliwości ustroju. Wreszcie ostatnie badania *Löwensteina, Reitera* i *Kerna*, które wykazały laseczniki Kocha we krwi 22 na 27 chorych, cierpiących na ostry gościec, postawiły zagadnienie gruźliczego pochodzenia każdego ostrego gośćca stawowego. Pojęcie specjalnej skłonności gośćcowej jest również rozpatrywane, przyczem ostatnio wysunięto jako podłoże, uspasabiające do gośćca niedomogę wątroby.

Autorzy rozpatrywali z punktu widzenia powikłań gośćcowych historje choroby 1000 gruźlików oraz licznych chorych leczonych w sanatorjum Mangini. Wyraźne powikłania gośćcowe stwierdzili tylko w 56 przypadkach, jednakże prawdopodobnie historje choroby nie zawierały spostrzeżeń co do przelotnych dolegliwości stawowych tak częstych u gruźlików. Z 56 przypadków w 41 gościec wystąpił w formie ostrej, w 11 w formie przewlekłej. Najczęściej (32 przypadki), występowały objawy gośćca po stwierdzeniu klinicznem gruźlicy, w 21 przypadkach gościec poprzedzał gruźlicę, która naogół miała charakter włóknisty i przebiegała łagodnie, w dalszym rozwoju pozostając bez zmiany albo nawet wykazując skłonność do poprawy. Autorzy zwracają uwagę, że dość liczna liczba ich chorych miała objawy dyspeptyczne, związane z lekką niedomogą wątroby, kilku było alkoholików. W związku z tem zaznaczają oni, że możliwem jest, iż istnieje u gruźlików, cierpiących na gościec pewne podłoże, może na tle niedomogi wątroby, które, sprzyjając wystąpieniu gośćca, wpływa równocześnie na łagodny przebieg gruźlicy.

Chorzy gośćcowi przewlekli a wody mineralne. Les rhumatisans chroniques aux eaux minérales. Barrau, Flurin, Forestier, Francin et Gay.

Bulletin Général de thérapetique. Nr. 3. 1932.

Autorzy rozpatrują przedewszystkiem przeciwwskazania do leczenia wodami mineralnemi, następnie wskazania i wreszcie właściwości poszczególnych miejscowości leczniczych.

Przeciwwskazania dzielą się na stałe i przejściowe. Nie nadają się do leczenia mineralnego stany ostre i podostre gośćca, gruźlice stawowe czy narządów wewnętrznych, natomiast postać Poncetowska gośćca dobrze reaguje na leczenie mineralne. Cierpienia wątroby, nerek, serca są przeciwwskazaniami do leczenia mineralnego, o ile występują objawy niewydolności ze strony tych narządów, niedostateczność nadnerczy w przypadkach, gdy ciśnienie skurczowe jest obniżone poniżej 100 m. Hg. i gdy łączy się ono z szybkiem wyczerpaniem mięśniowem i astenją, przeciwskazaniem jest również skłonność do krwawień, szczególniej w okresie przekwitania wreszcie w nadciśnieniu tętniczem stałem szczególnie gdy ciśnienie skurczowe jest powyżej 210 m. Hg., a ciśnienie rozkurczowe powyżej 100, należy być ostrożnym i śledzić za leczeniem. W końcu leczenie mineralne jest niedopuszczalne w przypadkach raka. Przejściowo nie nadają się do leczenia mineralnego chorzy, którzy niedawno przebyli zapalenie żył, chorzy z kolką żółciową lub nerkową, z cierpieniami skórnemi, takimi jak np. czyrakowatość, owrzodzenie na tle żylaków i t. d.

Należy wysyłać chorych we wczesnym okresie cierpienia t. zn. wtedy gdy nie wystąpiły jeszcze nieodwracalne zmiany stawowe, najlepiej zaraz po przejściu sprawy ostrej czy podostrej t. zn. gdy ciepłota już nie jest podwyższona, reakcje miejscowe znikły, gdy bóle stawowe czy neuralgiczne również się zmniejszyły. Oznaczenie odpowiedniej pory dla leczenia mineralnego nie jest rzeczą łatwą, a jest bardzo ważne, gdyż jeżeli się to leczenie rozpocznie się zawcześnie można zaostrzyć sprawę jeszcze tlejącą, jeżeli zapóżno działa się na zmiany już nieodwracalne, wreszcie ważny jest wybór odpowiedniej miejscowości leczniczej. Przekonanie, że sezony lecznicze należy powtarzać przynajmiej trzykrotnie, zdaje się mieć za podstawę słuszne spostrzeżenia życiowe, wreszcie trzeba przypominać chorym, że leczenie ogranicza się nie tylko do czasu pobytu w miejscowości kuracyjnej, ale jest równie ważne i po przebyciu sezonu leczenia. Sezon leczniczy zależnie od okoliczności trwa od 3 — 6 tygodni, po nim powinien zawsze nastąpić 10—14-dniowy wypoczynek przed powrotem do pracy. Pomimo, że technika leczenia staje się coraz bardziej jednolitą, pomimo, że pewne sposoby lecznicze jak np. leczenie diuretyczne są stosowane prawie we wszystkich miejscowościach kuracyjnych i pomimo, że można osiągnąć różne wyniki z tych że samych źródeł, zależnie od sposobu ich zastosowania, jednakże wiekowe doświadczenie wykazuje, że pewne źródła mają jakby właściwości osobnicze, które czynią, że nadają się one w pewnych określonych przypadkach w których inne źródła mniej dobrze działają. Z tego też względu z punktu widzenia etiologji wskazane są następujące miejscowości: w przypadkach gośćca ostrego Bains les Bains, Luxeuil, Neris, Plombieres; w stanach poźniejszych Aix les Bains, Dax, Bourbonne les Bains. Dla gośćca na tle kiłowem kiłowem nadają się szczególnie Aix les Bains. Baréges, Gauterets, Luchon, Uriage. Dla gośćca gruźliczego Bourbon - l'Archambault. Po przebytym ostrym gośćcu stawowym szczególnie są korzystne Bourbon Lancy, Bourbon les Bains, Neris, Royat. Zmiany stawowe na tle artretyzmu są różnie leczone zależnie od okresu cierpienia, jednakże tak w okresie wczesnym, jak i późniejszym leczenie powinno być zewnętrzne i wewnętrzne. W okresie pierwszym wskazane są szczególnie do użytku wewnętrznego Aix les Bains, Evian, Thonon, albo też Contrexeville, Martigny, Vittel, wreszcie wody alkaliczne np. Vichy, Pouguest, Vals. W okresach późniejszych w stanach bólowych dobrze działają Bains les Bains, Bourbon-Lancy, Evaux, Luxeuil, Neris, Plombieres, w zesztywnieniach i naciekach Aix les Bains, Dax, Bourbon-Lancy. Pozatem dla spraw gośćcowych na tle zakażeń ogniskowych z jamy nosogardzielowej korzystny jest pobyt w Cauterets, Luchon, Uriage. W świeżych stanach neuralgicznych, gdy bóle są jeszcze silne, wskazane są Bagnères de Bigorre, Bains les Bains, Bourbon-Lancy, Evaux, Lamalou, Luxeuil, Neris, Plombiéres, Royat, później Aix les Bains, Bourbonne les Bains, Cauterets. Dax, Luchon. Aix les Bains działa doskonale na sprawy mięśniowe lumbago,torticollis. W przebiegu zapalnych spraw stawowych wyniki otrzymuje się szczególnie w Bains les Bains, Bourbon l'Archambault, Chaudesaigues, Evaux, Luxeuils, Néris, Plombières, Dax i Aix les Bains są przeciwskazane. W sprawach tkankołącznowych z zesztywnieniami posyła się chorych do Aix les Bains, Aix les Thermes, Bourbon l'Archambault, Bourbonne les Bains, Cauterets, Dax, Luchon, w ankilozach kostnych do Baregè Bourbonne les Bains, Bourbon l'Archambault lub też do kąpieli błotnych w Balaruc, Brabotan, Dax, Prechacq et Saint Amand. Formy amyotroficzne korzystnie reagują na leczenie w Aix les Bains, Aix les Thermes, Barèges, Bourbonne les Bains, Luchon i Salins-Moutiers.

Gośćciec naczynioruchowy. Le rhumatisme vasomoteur. Etienne May.

Revue de Médecine. Nr. 5; 1932.

Autor opisuje odrębną postać gośćca, powstającą na tle zaburzeń naczynio-ruchowych. Opiera się on na spostrzeżeniu, że spotyka się zmiany stawowe w całym szeregu cierpień, które jako cechę wspólną wykazują zaburzenia układu nerwowego naczynioruchowego. Zmiany naczynioruchowe mogą za sobą pociągnąć zmiany struktury kostnej w szczególności wszelkie przekrwienie prowadzi do rozrzedzenia tkanki kostnej; szpik kostny jakby zużywa swą pochwę, a zwolnione sole wapienne są przyczyną zwapnienia ścięgien i więzadeł. Zmiany te są szczególnie wyraźne w okolicy epifyz, gdzie unaczynienie jest bogate i wskutek tego zrozumiałe są przewlekłe formy gośćca, które przy zaburzeniach naczynioruchowych występują w postaci obrzęku okołostawowego, rozrzedzenia kości oraz zwapnienia ścięgien i więzadeł. Wszelkie więc zaburzenia naczynioruchowe, występujące w sąsiedztwie chorych stawów mogą

pociągnąć za sobą cały kompleks objawowy przewlekłego gośćca. Zaburzenie naczynioruchowe stwierdza się także w początku wielu spraw przewlekłych gośćcowych, w gośćcu zakaźnym np. objawy stawowe są poprzedzone przez zmiany naczynioruchowe; z tego punktu widzenia nawet wszystkie formy gośćca przewlekłego możnaby sprowadzić do wspólnego mianownika naczynioruchowego, jednakże nie można tego uczynić, gdyż nie wiadomo czy działanie gruczołów przytarczycznych na równowagę soli wapiennych w kości odbywa się również drogą nerwów naczynioruchowych. Niezależnie od trzech wielkich grup cierpień gośćcowych, które powstają w związku z zaburzeniami naczynioruchowemi (gościec zakaźny, alergiczny, zapalne sprawy stawowe miejscowe) spotyka się sprawy reumatyczne przewlekłe w cierpieniach z zaburzeniami naczynioruchowemi kończyn, spowodowanemi zaburzeniem równowagi układu współczulnego. Do tych spraw należą erythromelalgja, acroparestezje, choroba Reynaud, ponadto można dołączyć do tej grupy pokrzywkę, sclerodermię i chorobę Quinckego. Uderzającem jest, że gościec przewlekły rzadko łączy się z chorobą Reynaud, która przebiega z objawami typowo ischemicznemi, natomiast częściej ze sclerodermią, w której w początkowych okresach zmian naczynioruchowych spotyka się czasami bóle stawowe, dolegliwości przypominające podostry gościec stawowy, a dopiero w późniejszych okresach występują znieruchomienia i zniekształcenia stawów, prawdopodobnie na tle tych samych zmian tkankołącznowych, które są przyczyną sklerodermji. Podobny stan stwierdza się przy erythromelalgji, w akroparestezjach i w pewnych formach obrzęku Quinckego w których obrzęk jest czerwony, bolesny, ma jednym słowem charakter zapalny. Spostrzeżenia te wykazują, że zmiany naczynioruchowe, szczególnie jednak te w których przeważa rozszerzanie się naczyń, idą w parze z przewlekłemi sprawami stawowemi. Reumatyzm jest w tych przypadkach cierpieniem wtórnem, zakończeniem procesu, w którym przeważną rolę odgrywały zaburzenia naczynioruchowe. W pewnych przypadkach jednak dolegliwości stawowe panują nad całym procesem chorobowym i tylko wywiady wykazują, że w jego początkach występowały zmiany naczyniowe. Autor przypuszcza, że reumatyzm spotykany u kobiet w okresie przekwitania jest również pochodzenia naczynioruchowego, gdyż możliwem jest, że dolegliwości naczynioruchowe, na które cierpią w tym czasie kobiety, uderzenia krwi do głowy, etc. rozciągają się na cały ustrój, a więc i na tkankę kostną, wywołując przekrwienie epifyz. Dolegliwości reumatyczne okresu przekwitania nie reagują wprawdzie albo reagują bardzo słabo na wyciągi jajnikowe, ale ponieważ i inne dolegliwości tego okresu (erythromelalgje, acroparestezje) są także na ten rodzaj leczenia odporne przemawie to raczej za tem, że dotychczas stosowane preparaty są może mało czynne.

Reumatyzm naczynioruchowy posiada wspólne cechy kliniczne. Zajęte są szczególnie kończyny, ręce i nogi, przyczem częściej występują dolegliwości w stawach palcowych, w stawach nadgarstkowych, zmiany i bóle stawowe są symetryczne. Dużych zniekształceń nie stwierdza się naogół, jest to tak zw. reumatyzm, w którym przeważają objawy bólowe, występujące atakowo czasami w towarzystwie lekkiego zaczerwienienia i obrzmienia stawów bolesnych. Czasami łączą się z tem bóle przejściowe w różnych częściach ciała, tak często, spotykane w okresie przekwitania lub kastracji. W niektórych formach występują tylko bóle stawowe, które znikają po pewnym czasie, nie zostawiając śladów, w innych znowu przypadkach pozostają typowe zniekształcenia w postaci zgięcia członków palców w stosunku do dłoni z obrzmieniami członków podstawowych szczególnie palca wskazującego i trzeciego. Zmiany stawowe przebiegają naogół bez wysięku, zniekształcenia i znieruchomienia stawów nie są bardzo wybitne.

Wyodrębnienie nowej formy reumatyzmu na tle naczynioruchowem pozwala na pewne wnioski praktyczne; należy w tych przypadkach działać leczniczo na zaburzenia układu współczulnego, będące istotną przyczyną tego cierpienia. Autor zaleca probować leczenia fizykalnego, stosowania promieni X, leczenia za pomocą szoku, wreszcie leczenia chirurgicznego.

Leczenie grypy za pomocą pilocarpiny. (Traitement de la grippe au moyen des effets hypercriniques de la pilocarpine). M o n n e r o t-D u m a i n e.

Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris Nr. 17; 1932.

Opierając się na starym sposobie leczenia chorób gorączkowych za pomocą wywoływania obfitych potów, a także ponieważ często chorzy nie reagują na zwykłe środki napotne użył autor w celach leczniczych w przebiegu grypy pilocarpiny, podając ją w dawkach 0.005 — 0.01. Wyniki tego sposobu leczenia były następujące: grypa lekka nie powikłana w początkach kończy się naogół szybko po potach, wywołanych wstrzyknięciem pilocarpiny. Grypa powikłana nieżytem oskrzeli kończy się naogół w 24 godziny po wstrzyknięciu. Jeżeli pilocarpina nie wywołuje potów niema żadnego działania i na przebieg grypy. Trzeba wtedy próbować większych dawek. Jeżeli się potwierdzi dodatnie działanie potów w przebiegu grypy należałoby tą metodę rozszerzyć i dla leczenia innych spraw zakaźnych przy czem jednak należy dopiero ustalić sposób jej stosowania w powikłaniach grypowych, w grypach starców i dzieci.

O wartości rozpoznawczej enuresis. (Valeur diagnostique et pronostique de l'enuresis). M a r c e l P i n a r d et M e l l e C o r b i l l o n.

Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. Nr. 13; 1932.

Badając 180 przypadków enuresis stwierdzili autorzy wynik dodatni Wassermanna w 25% przypadków, pozatem u ogromnej większości badanych mogli wykazać dziedzicznie obciążenie kiłą. Wnioskują na podstawie tych spostrzeżeń, że obciążenie dziedziczne kiłą stwarza podłoże, będące główną przyczyną moczenia. Poza tem spostrzeżenia autorów wykazały, że dzieci z enuresis są często niedorozwinięte, że często spostrzega się u nich padaczka i zapalenie opon mózgowych. Uderza także, że potomstwo moczących się wykazuje cechy degeneracji. Wobec tego zwracają autorzy uwagę, że enuresis nie jest ani cierpieniem lekkiem, ani banalnem. Rokowanie enuresis jest poważne nie tylko przez wzgląd na bezpośrednio niemiłe

następstwa, ale przez skutki, które pociąga, przez skłonność do chorób nerwowych w szczególności do epilepsji, wreszcie przez następstwa dla potomstwa. Należy więc na enuresis spoglądać jako na następstwo kiły przodków i odpowiednio ją leczyć. Leczenie specyficzne za pomocą rtęci, arszeniku, bismutu daje doskonałe wyniki, ale pod warunkiem że jest energiczne i odpowiednio długotrwałe. Oczywiście spotyka się także przypadki oporne i na leczenie swoiste.

Krwotoki gruźlicze a przelewanie krwi. (Hémoptysies tuberculeuses et transfusion). Richet Fils, Arnault Tzanck et François Joly.
Bull. méd. Soc. Méd. Hôp. Paris. Nr. 11; 1932.

Autorzy stosowali transfuzje krwi w 7 przypadkach ciężkich krwotoków płucnych, otrzymując u wszystkich chorych dobre wyniki, gdyż krwawienia nagół zatrzymywały się w ciągu doby. Ilość przelanej krwi wynosiła naogół 150 gr. w jednym przypadku tylko użytko 500 gr. Ubocznych objawów nie stwierdzono. Przelewanie należy według autorów stosować w przypadkach krwotoków bardzo obfitych, powtarzających się, długotrwałych i opornych na inne sposoby leczenia. Przelewanie krwi poza swym działaniem przeciwkrwotocznem, zdaje się, mieć i działanie dodatnie na przebieg gruźlicy szczególnie, jeżeli krew użyta pochodzi od osobnika, który sam przechodził gruźlicę włóknistą nie dającą żadnych objawów. Jest to wtedy prawdziwa immunohemoterapja. *E. Reicher.*

CHOROBY DZIECIĘCE.

Przyczynek do badania niedokrewności pochodzenia pokarmowego u dzieci. (Contribution à l'étude des anémies d'origine alimentaire de l'enfant). Louise Weill.
Journal de Méd. de Lyon, 1932.

Anemje wywoływane przez różne czynniki są zjawiskiem częstem w pierwszych latach życia. Niedokrewność pochodzenia pokarmowego zależy od wadliwego odżywiania i może powstawać zupełnie niezależnie od zaburzeń żołądkowo-jelitowych, towarzyszących lub nie wiadom w odżywianiu.

Anemje pochodzenia pokarmowego w ich postaci czystej nie spotykają się w patologji dorosłych. Inaczej u dzieci. Odżywianie niemowlęcia bywa mało urozmaicone i składa się przeważnie z mleka; poza tym dołączają się inne czynniki: niedożywianie, błędy w odżywianiu, szczególnie często popełniane w okresie odstawiania. Autorka omawia kolejno znaczenie czynnika ilościowego i jakościowego w odżywianiu dziecka, później omawia niektóre typy niedokrewności pokarmowych, wreszcie znaczenie niektórych pokarmów dla odnowy składników krwi.

Dawniej zwracano uwagę przedewszystkiem na czynnik ilościowy. Wyniki doświadczeń i badań nad wpływem niedożywiania i głodzenia na powstawanie niedokrewności były sprzeczne. Nie ulega wątpliwości, że głodzenie ilościowe wywołuje znaczne uszkodzenia w narządach krwiotwórczych, ale niedokrewność zależna od tego uszkodzenia ujawnia się wyraźnie późno, w okresie rozpoczęcia forsownego żywienia.

Należy kolejno rozpatrzeć działanie poszczególnych składników pokarmowych na układ krwiotwórczy. Różni badacze zgodnie dochodzą do wniosku, że odżywianie węglowodanowe najmniej sprzyja odnowie krwi. Węglowodany nie dostarczają żadnego pierwiastka pożytecznego dla odnowy krwi; a więc nadmierne żywienie węglowodanami nie jest wskazane w djetetyce niedokrewności.

Działanie tłuszczów było wielokrotnie badane i niektórzy autorzy łączą z tem działaniem niszczenie krwinek. Według *Czerny'ego* przyczyną niektórych anemji dziecięcych jest szkodliwe działanie tłuszczów zawartych w mleku. Doświadczalnie wywoływano niedokrewność u zwierząt za pomocą niektórych kwasów tłuszczowych. Odnowa krwi przy nadmiarze tłuszczów w pokarmie odbywa się bardzo wolno. *Glancmann* otrzymywał za pomocą djety tłuszczowej ciężkie postacie niedokrewności.

Natomiast badania nad białkiem zgodnie wykazały, że różne rodzaje białka są niezbędne dla odnowy krwi, a szczególnie niektóre kwasy aminowe wykazują pod tym względem wybitne działanie (histydyna, tryptofan). Oczywiście, że każde wyłączne odżywianie tym lub innym składnikiem pokarmowym jest szkodliwe, wskutek braku innych składników i powstającemu stąd zaburzeniu równowagi pokarmowej. Badania autorki, przy odżywianiu pełnem, zrównoważonem, w którem jedynie zmieniano ilość tłuszczu, wykazały, że nadmiar tłuszczu w pożywieniu wywiera działanie anemizujące. Odżywienie powinno być nie tylko urozmaicone, lecz przedewszystkiem zrównoważone pod względem wzajemnego stosunku poszczególnych składników.

Prócz wyżej wymienionych składników pokarmowych, które mają wartość kaloryczną, są jeszcze liczne składniki o wartości wyłącznie plastycznej. Do nich należą: woda, witaminy, liczne sole mineralne, wśród których pierwsze miejsce w stosunku do nowotworzenia krwi zajmuje żelazo.

Odwodnienie tak często występujące u niemowląt wyniszczonych i wskutek biegunki, może całkowicie zamaskować istnienie niedokrewności prawdziwej, dzięki powstającemu zagęszczeniu krwi i względnemu wzrostowi liczby ciałek czerwonych. Wyniki badania krwi u dzieci odwodnionych są więc niemiarodajne dla stwierdzenia niedokrewności.

Żelazo jest składnikiem pokarmowym niezbędnym. Zapotrzebowanie żelaza u dziecka jest ogromne. Nie tylko bowiem odnawia się ciągle ilość zniszczonej hemoglobiny lecz powinna ona wzrastać w stosunku do powiększającej się stale masy ogólnej krwi.

Niemowlę będące w najlepszych warunkach odżywiania, t. j. przy piersi otrzymuje w pokarmie tylko 25% swego zapotrzebowania na żelazo; przy odżywianiu sztucznem ilość ta jest jeszcze mniejszą. Resztę czerpie niemowlę w pierwszych miesiącach życia z rezerwy wątrobnej, lecz jasnem jest, że bardzo łatwo może powstawać u niego niedokrewność typu blednicowego wskutek braku żelaza. Tego typu niedokrewność powstaje najczęściej u niemowląt, które tyją. Obraz morfologiczny krwi przedstawia się typowo: miano hemoglobiny obniżone do 60% — 40%, przy normalnej liczbie krwinek czerwonych. Typową cechą niedo-

krewności jest szybka poprawa przy podawaniu żelaza, które w tym celu trzeba podawać nawet niemowlętom w dużych dawkach. Małe dawki są bezskuteczne, poza tym żelazo jest doskonale tolerowane przez najmłodsze dzieci. W patogenezie tej niedokrewności między innemi odgrywa dużą rolę zbyt długo trwające i wyłączne żywienie mlekiem, co jest zupełnie zrozumiałe ze względu na znikomą zawartość żelaza w mleku krowiem, zawartość absolutnie niewystarczającą dla pokrycia zapotrzebowania ustroju.

Co się tyczy wpływu witamin na nowotworzenie krwi, to nie ulega wątpliwości, że witamina C zawarta w surowych sokach owoców i jarzyn jest niezbędną i że brak tej witaminy wywołuje charakterystyczną niedokrewność, która cechuje się tem, że nie ustępuje przy podawaniu żelaza, lecz szybko leczy się przez podawanie soku cytrynowego. Pozostałe witaminy większego znaczenia na krwiotrwórczość zdają się nie posiadać.

Najbardziej charakterystyczny typ niedokrewności blednicowej otrzymuje się przy wyłącznem i zbyt długotrwałem żywieniu mlekiem krowiem, a szczególnie koziem. Prócz braku żelaza, ma odgrywać tu rolę według zdania wielu badaczy toksyczne działanie na krwinki czerwone pewnych kwasów tłuszczowych. Pod tym względem mleko kozie jest wybitnie szkodliwe; zwierzęta doświadczalne giną przy żywieniu ich wyłącznie mlekiem koziem. Szybko stwierdza się u nich obniżenie miana hemoglobiny i nawet zmniejszenie ilości ciałek czerwonych. Ani żelazo, ani sok cytrynowy nie ratują zwierzęcia. Nie ulega wątpliwości, że chodzi tu o działanie toksyczne mleka koziego na układ krwiotwórczy.

Wiadomo, dzięki badaniom *Whipple'a*, *Minot* i *Murphy*, że niektóre pokarmy wywierają potężne działanie na nowotworzenie się krwi. Znaczenie odżywiania wątrobą w niedokrewności złośliwej jest ogólnie znane. Czy można w ten sposób leczyć niedokrewności pokarmowe u niemowląt nie jest jeszcze rozstrzygnięte ostatecznie, gdyż wyniki u różnych badaczy są sprzeczne.

Odżywianie pozbawione witamin i dystrofje utajone u dzieci. (Régimes carencés et dystrophies inapparentes chez l'enfant). Georges Mouriquand.
Journal de Méd. de Lyon. 1932.

Pierwsze badania autora dotyczące awitaminoz pokarmowych skierowane były przedewszystkiem na objawy wyraźne, jawne, później na ich przejawy poronne. Najnowsze badania doprowadziły autora do przyjęcia poglądu o istnieniu dystrofji (awitaminoz) pokarmowych utajonych.

Przedewszystkiem autor podaje klasyfikację ogólną dystrofji pokarmowych u dziecka. Klasyfikacja ujęta jest z dwuch punktów widzenia: etjologicznego i klinicznego.

I. Postacie etjologiczne.

Dystrofje pochodzenia pokarmowego mogą zależeć od czynnika ilościowego, jakościowego i mieszanego.

1) Dystrofje pokarmowe wskutek czynnika ilościowego.

Są to zaburzenia w odżywianiu, które zależą albo od zbyt dużej kalorycznie dawki pokarmowej lub od zbyt małej; poza tym djeta może być całkowicie zrównoważoną (pod względem wzajemnego stosunku poszczególnych składników: białka, tłuszczu, węglowodanów, soli i wody). Typem takiej dystrofji jest ta, którą obserwujemy u niemowląt karmionych piersią (to znaczy pokarmem jakościowo zupełnie zrównoważonym) jeżeli otrzymują one duże lub zbyt skąpe dawki pokarmu.

W tym wypadku dystrofja ilościowa przy nadmiarze pokarmu doprowadza najczęściej do otyłości, bez lub z zaburzeniami jelitowemi, lecz zaburzenia to rzadko bywają poważne.

Dystrofja ilościowa przy zbyt małych dawkach pokarmu (naturalnego, zrównoważonego) wywołuje wychudzenie, lecz wyjątkowo tylko dochodzące do wyniszczenia, a to właśnie z powodu idealnej jakościowej równowagi pokarmowej, przy której długo utrzymuje się sprawność komórek i tkanek zbliżona do normy.

2) Dystrofje pokarmowe jakościowe.

Te zasadniczo zależą od naruszenia równowagi pokarmowej t. j. od braku w pożywieniu właściwego, fizjologicznego stosunku pomiędzy poszczególnemi składnikami pokarmowemi.

Wśród dystrofji tego typu należy odróżniać dystrofje zwykłe, które zależą od braku równowagi pomiędzy składnikami głównemi pożywienia (białko, węglowodany, tłuszcze). Nadmiar białka prowadzi jak wiadomo w kierunku azotemji, łączny nadmiar białka i tłuszczu w kierunku kwasicy (acetonemji), nadmiar węglowodanów prowadzi do obrzęków i t. p.

W odróżnieniu od tego istnieją dystrofje t. zw. awitaminowe, które zależą od braku w pożywieniu minimalnych substancji o typie katalizatorów czyli t. zw. witamin.

3) Dystrofje pokarmowe mieszane.

Są to te, które najczęściej spotyka się w praktyce. Najczęściej bowiem żywienie dziecka jest wadliwem zarówno pod względem ilości kalorycznych pokarmu, jak i pod względem braku równowagi pokarmowej jakościowej i braku witamin.

Można powiedzieć bez przesady, że obecnie główną przyczyną zachorowalności i śmiertelności wśród niemowląt jest odżywianie: niedostateczne ilościowo, niezrównoważone jakościowo pod względem składników głównych i witamin.

Wszystkie te dystrofje pochodzenia pokarmowego klinicznie mogą przedstawiać się w 3-ch postaciach, jako:

1) Dystrofje jawne, z typowemi klasycznemi objawami w komplecie.

2) Predystrofje czyli zaburzenia poprzedzające przy objawach poronnych.

3) Dystrofje utajone czyli klinicznie zupełnie bezobjawowe.

Istnienie tych ostatnich jest jednak zupełnie realne, co stara się udowodnić autor licznemi przekonywującemi spostrzeżeniami i doświadczeniami na zwierzętach. Zaburzenia te przebiegają bezobjawowo do chwili, aż pewien dodatkowy czynnik szkodliwy nie ujawni tej lub innej awitaminozy. Takim „czynnikiem ujawniającym" może być każde zakażenie, wszelkiego rodzaju wpływy toksyczne i samozatrucia, niektóre substancje farmaceutyczne, jak naprz. wapień i stront w krzywicy utajonej i t. p.

Można zasadniczo przyjąć, — że każde niemowlę będące na odżywianiu niezrównoważonem, lub awitaminowem przez szereg miesięcy, — znajduje

się w stanie dystrofji utajonej, mimo braku objawów klinicznych, dobrego przyrostu na wadze i pozornego zdrowia.

Anemje pochodzenia pokarmowego u niemowląt. (Les anémies alimentaires dans le premier age). Jean Cathala.

Paris Médical Février, 1932.

W patologji dorosłych do wyjątków należą stany niedokrewności wywołane bezpośrednio zaburzeniami pokarmowemi i dające się leczyć zwykłą zmianą rodzaju odżywiania. U niemowląt jest to na porządku dziennym. Ustrój młody w okresie czynnego rozrostu wykazuje nadzwyczajną wrażliwość na wpływy pokarmowe. W praktyce pozwala to wyjaśnić zalety i wady różnych rodzajów odżywiania stosowanych u dzieci.

W pierwszych latach życia, pomijając niedokrewności zależne bezpośrednio od choroby krwi lub występujące wtórnie na skutek różnych zakażeń, — niedokrewność rozwija się podstępnie, stopniowo, bez uchwytnej przyczyny i po osiągnięciu pewnego stopnia samoistnie w ciągu następnych miesięcy lub lat ustępuje. Dzieje się to głównie dlatego, że z wiekiem ulega zmianie rodzaj żywienia dziecka. Wyzdrowienie daleko szybsze i niezależne od wieku osiągnąć można, wprowadzając celowe i szerokie zmiany do odżywiania dziecka.

Pewien określony typ niedokrewności uleczalnej rozwija się w pewnych granicach wieku u pewnych dzieci poddanych pewnej określonej djecie. Niedokrewność jest w tym wypadku wskaźnikiem zaburzeń w odżywianiu właściwych wiekowi niemowlęcemu, zaburzeń stojących w związku z rodzajem pokarmów. Ten rodzaj niedokrewności zasługuje na miano niedokrewności pokarmowej.

Niedokrewność pokarmowa nie jest cierpieniem pierwszych miesięcy życia: uwidacznia się przeważnie w drugiem półroczu, szczególnie w końcu pierwszego i w drugim roku. Rozwija się przedewszystkiem u dzieci żywionych sztucznie. Lecz wśród tych ostatnich osiąga wysoki stopień tylko u dzieci żywionych wyłącznie mlekiem krowiem, a szczególnie u otrzymujących nadmierną ilość mleka, przekraczającą litr dziennie. Dodatek mąki i ryżu nie stanowi przeszkody dla rozwoju niedokrewności. Najwybitniej występuje niedokrewność przy wyłącznem żywieniu mlekiem koziem. Nie wszystkie dzieci w równym stopniu chorują mimo jednakową djetę mleczną. Uwidacznia się tu znaczenie podłoża konstytucyjnego, które tłomaczy dlaczego tylko pewne dzieci stają się niedokrewnemi pod wpływem określonego rodzaju żywienia.

Szczególnie łatwo niedokrewność występuje u wcześniaków i bliźniąt. Prócz tego niewątpliwie istnieje pewna skłonność rodzinna, konstytucyjna. W rozpoznaniu przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na wiek dziecka. Niedokrewność pokarmowa występuje bowiem poczynając od drugiego półrocza życia i do trzech lat najwyżej. Zwraca uwagę bladość powłok skórnych, śluzówek i uszu. Naturalnie tylko badanie krwi rozstrzyga sprawę ostatecznie. Wzrost i waga nie odbiegają znacznie od normy. Zwykle nawet te blade niemowlęta są nalane. Według *Czerny'ego* nawet brak pewnej otyłości pozwala wątpić co do pokarmowego charakteru niedokrewności. Mimo, że tkanka tłuszczowa jest dobrze rozwiniętą, tkanki są wiotkie, miękkie. Zwraca uwagę pewne zahamowanie rozwoju psycho-motorycznego; dziecko obawia się ruchów, niechętnie stoi lub chodzi. Nastrój smutny, apatyczny, drażliwy, bez uśmiechu. Zwraca uwagę brak łaknienia; najchętniej jeszcze dziecko przyjmuje mleko, natomiast odmawia przyjmowania innych pokarmów. Czasami zaznaczają się nieznaczne obrzęki. Narządy wewnętrzne zwykle nie wykazują zmian. Natomiast często dzieci te wykazują zaburzenia ciepłoty i stany podgorączkowe zależne prawdopodobnie od częstych zakażeń górnych dróg oddechowych.

Bardzo często niedokrewność kojarzy się z krzywicą. Jednakże są to sprawy niezależne, gdyż leczenie skierowane przeciw krzywicy nie ma wpływu na niedokrewność. Dzieci z niedokrewnością pokarmową są bardzo wrażliwe na najdrobniejsze zakażenia, na które najlepszem leczeniem jest odpowiednie odżywianie skierowane przeciwko niedokrewności. Nieżyty noso-gardzieli, nieżyty oskrzelowe, zapalenia ucha środkowego są częstemi towarzyszami niedokrewności pokarmowej. Częste są również zaburzenia żołądkowo-jelitowe i wymioty, biegunka i niestrawność.

Nie istnieje specjalny obraz krwi dla niedokrewności pokarmowej. Badanie krwi daje wskazówki tylko co do stopnia niedokrewności, jej typu morfologicznego, stopnia odczynu ustroju, lecz nie pozwala ani wykluczyć etjologji pokarmowej, ani ją potwierdzić. Morfologicznie mogą to być obrazy zarówno anemji zwykłej wtórnej, anemji błednicowej lub nawet typu Jacksch-Luzet'a. Nie istnieje bowiem żaden ścisły stosunek pomiędzy obrazem morfologicznym, krwi a przyczyną niedokrewności.

Typ niedokrewności pokarmowej jest jednostką, chorobą określoną dzięki znanym warunkom powstawania cierpienia i wynikom leczenia, opartego na zmianie odżywiania. Można mówić o niedokrewności pokarmowej jednak tylko wtedy, jeżeli środki djetetyczne doprowadzają do wyleczenia, a wszelkie inne środki lecznicze, które pozostawiają bez uwzględnienia zasadniczą zmianę w odżywianiu, — pozostają bez skutku.

Oczywiście takie przypadki czystej niedokrewności pokarmowej są rzadkie. W praktyce najczęściej widuje się przypadki skombinowane, w których niedokrewność jest wynikiem działania wielu czynników szkodliwych: zakażeń, przewlekłych zaburzeń dyspeptycznych, dziedziczności i t. p.

Jak można wytłomaczyć wybitne działanie odżywiania na skład krwi?

W warunkach zwykłej regulacji nowotworzenia się elementów krwi powinna istnieć ścisła równowaga pomiędzy fizjologicznem zużywaniem się ciałek krwi, a ich odnową przez narządy krwiotwórcze. W ustrojach rosnących, u dzieci nowotworzenie krwinek powinno przewyższać rozpad, aby zapewnić stale odbywający się przyrost masy krwi. Najmniejsze osłabienie czynności narządów krwiotwórczych, najmniejszy nawet względny brak substancji niezbędnych dla budowy hemoglobiny wystarczają dla wywołania znacznego zachwiania w składzie krwi. Istnieją trzy teorje starające się wytłumaczyć patogenezę tego zachwiania równowagi. Są to:

1) Teorja braku żelaza (w pokarmie, w mleku).

2) Teorje braku niezbędnych witamin.

3) Teorje braku niektórych składników azotowych, wprawdzie nie zawierających żelaza, ale niezbędnych dla budowy drobiny hemoglobinowej. Wszystkie te teorje mają pewne uzasadnienie i wzajemnie uzupełniają się. W leczeniu postaci czystych niedokrewności pokarmoweąj u dzieci na pierwszem miejscu jest zmiana w odżywianiu i żelazo. Przedewszystkiem należy rozszerzyć odżywianie i uzupełnić go niezbędnemi składnikami, jak: soki surowe, jarzyny (szczególnie — szpinak, sałata, groszek, kartofle), sok i mięso surowe, żółtko, owoce (szczególnie jabłka). Wyłączne odżywianie mlekiem i mączkami jest wybitnie szkodliwe; ilość mleka należy znacznie ograniczyć na korzyść wymienionych wyżej pokarmów. W leczeniu niedokrewności złożonych również zmiana djety stanowi główną podstawę, na której opiera się wszelkie dodatkowe leczenie poszczególnych czynników niedokrewności.

O powikłaniach nerwowych w przebiegu odry. (Des complications nerveuses au cours de la rougeole). André Dufourt.

La pédiatrie pratique. Mars. 1932.

Powikłania nerwowe w odrze zasługują na większą uwagę niż im poświęcają podręczniki. Prócz tego, zdaje się, że liczba tych powikłań po wojnie wybitnie wzrosła. Patologja naogół nie pozostaje niezmienną. Nie ulega wątpliwości, że pod wpływem nieznanych jeszcze czynników epidemjologicznych złośliwość zarazków wzrasta lub maleje. Obecnie przeżywamy okres wzmożenia się aktywności jadów i zarazków mających powinowactwo do ośrodków nerwowych. Prawie wszystkie należą one do grupy jadów t. zw. przesączalnych i badania nad niemi w celu wykazania ich swoistości są bardzo utrudnione; zmiany anatomiczne, które wywołują nie są w tym stopniu charakterystyczne, aby pozwoliły rozróżnić ich cechy swoiste, nie pozostawiając wątpliwości.

Jest rzeczą pewną, że od czasu pojawienia się epidemji nagminnego zapalenia mózgu (nevraxitis epidemica, choroba Economo), — choroby wysypkowe dziecięce, szczepionka ospowa i nawet choroby nie wywoływane zarazkiem przesączalnym, jak krztusiec dają w swym przebiegu częściej powikłania i uszkodzenia ośrodków nerwowych dawniej wyjątkowo spotykane.

Powstaje pytanie czy powikłania te wywołują jady tych poszczególnych chorób, jady przesączalne, których powinowactwo dermotropowe może ogarnąć inną tkankę pochodzenia ectodermalnego i przekształca się w powinowactwo neurotropowe; czy też jad nagminnego zapalenia układu nerwowego istniejąc u niektórych osobników w stanie utajonym, pod wpływem anergji wywołanej przez odrę i inne choroby ma możność utrwalić się w ośrodkach nerwowych; czy też powikłania te wywoływane są przez jady innego pochodzenia?

Pierwsze powikłania nerwowe w odrze dotyczące porażeń mięśni gałek ocznych były notowane jeszcze w r. 1724. Później szereg autorów opisywało pojedyńcze przypadki powikłań nerwowych w odrze, a które obejmowały różne porażenia, zapalenia opon, ostre zaburzenia psychiczne i t. p. Od r. 1900 obserwacje stały się liczniejsze i posłużyły autorowi za podstawę do podziału tych powikłań na pewne grupy.

I. Powikłania nerwowe ze strony oczu.

Porażenia nerwów mięśni ocznych wielokrotnie były spostrzegane, czasami u ozdrowieńców po odrze, zwykle jako powikłanie encephalitis morbillosa. Najczęściej porażeniom podlegają mięśnie III pary nerwów czaszkowych.

Zanik nerwu wzrokowego po raz pierwszy notowany był przy końcu odry w r. 1902. Podobne dwa przypadki były notowane w następnych latach przez *Rollet* i *Chevalier:* Częściej zanik nerwu wzrokowego towarzyszy poodrowemu zapaleniu mózgowia. *Eckstein* podaje 9 podobnych przypadków, niektóre uległy wyleczeniu, w innych przypadkach pozostało upośledzenie wzroku.

II. Powikłania nerwowe obwodowe.

Polyneuritis zdarza się rzadko. Jedynie w 1929 roku podano spostrzeżenie dotyczące trojga dzieci, u których po odrze wystąpiły bóle w kończynach dolnych, zaburzenia chodzenia i zniesienie odruchów ścięgnistych. Zaburzenia okazały się przemijające.

III. Zaburzenia psychiczne.

Występują w okresie gorączkowym odry lub w czasie zdrowienia. Chorzy wykazują podniecenie, majaczenie, halucynacje. W ciągu szeregu dni pozostają w stanie dementywnym, wykazują później zaburzenia pamięci. Zwykle następuje wyleczenie.

IV. Powikłania oponowe.

Oczywiście nie wszystkie przypadki zespołów oponowych występujących w przebiegu odry można uzależnić od samego zakażenia odrowego. Należy pamiętać o zapaleniach opon jako powikłaniach usznych i o zapaleniach opon gruźliczych, nie rzadko rozwijających się w następstwie odry u dzieci zakażonych gruźlicą.

Po odrzuceniu tych przypadków, pozostaje jednak pewna liczba spraw oponowych zależnych od jadu odrowego.

Zespoły oponowe poodrowe mogą przypominać klinicznie gruźlicze zapalenie opon, lub ostre sprawy ropne. Płyn mózgowo-rdzeniowy może być jasny i wykazywać limfocytozę, lub posiadać cechy płynu ropnego z przewagą komórek wielojądrzastych.

Autorzy obserwowali dziecko, które u schyłku okresu wysypkowego zaczęło wykazywać wysoką gorączkę, wymioty, bóle głowy, zamroczenie, sztywność mięśniową i wszelkie cechy płynu mózgowo-rdzeniowego, odpowiadające gruźliczemu zapaleniu opon. Sprawa uległa zupełnemu wyleczeniu.

Wszystkie obserwacje odznaczają się nagłym początkiem, wybitnemi objawami oponowemi, które zwykle szybko ustępują dając rokowanie dobre.

V. Powikłania rdzeniowe.

Przeważnie sam rdzeń kręgowy rzadko bywa zajęty. Objawy rdzeniowe stanowią tylko część zespołu zaatakowania całego układu mózgowo-rdzeniowego. W niektórych przypadkach bywają obrazy wyosobnione w postaci myelitis ascendens, lub myelitis transversa. Cechują je albo porażenia rozpoczynające się od kończyn dolnych i obejmujące stopniowo mięśnie tułowia, kończyn górnych, lub paraplegia. Czasami może wystąpić śmierć przy wstępujących objawach opuszkowych.

VI. Powikłania mózgowe (encephalitis).

Zapalenia mózgu w odrze stanowią powikłanie najbardziej częste i najważniejsze. Zespoły obja-

wowe bywają tak różne, że trudno podać ogólny opis schematyczny.

Zapalenia mózgu występują rzadko w okresie wysypkowym, zwykle jest to powikłanie okresu zdrowienia. To późne występowanie w ustroju, który jest na drodze do uodpornienia na jad odrowy jest dziwne i pozwala wątpić czy sam jad odrowy stanowi etjologję tego powikłania. Postacie kliniczne bywają różne i dają się podzielić na grupy, które autor omawia oddzielnie.

a) Postać udarowa.

Chory nagle dostaje drgawek w połączeniu z głęboką utratą przytomności (coma). Ciepłota jest b. wysoka. Notuje się: sinicę, zaburzenia ze strony źrenic, zniesienie odruchów skórnych, wzmożenie odruchów ścięgnistych, objaw Babińskiego, nystagmus, ruchy myokloniczne. Czasami występuje porażenie połowiczne. Płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera wzmożoną ilość białka i wykazuje limfocytozę. Zwykle „coma“ trwa kilka dni i sprawa kończy się zejściem śmiertelnem. Postać ta jest najbardziej ciężką wśród innych; czasami notowano wyzdrowienia.

b) Postać porażenna.

Występuje porażenie połowiczne (hemiplegja), które ustala się stopniowo albo nagle. Porażenie jest wiotkie, bez lub z zaburzeniami w sferze czuciowej. Zwykle bywa utrata przytomności. Przebieg bywa różny: czasami porażenie ustala się, lub przechodzi w niedowład typu skurczowego; czasami wyleczenie jest zupełne.

c) Postacie różne.

Niektóre postacie powikłań nerwowych nie można objąć żadną klasyfikacją. Tak naprz. notowano napady senności, trwające w ciągu tygodni, lub senność w połączeniu z porażeniem nerwu twarzowego i zaburzeniami łykania i t. p.

d) Postacie poronne.

Zaledwie można zaliczyć te postacie do zapaleń mózgu, aczkolwiek te lub inne objawy mózgowe są obecne. Widuje się drgawki, niedowłady, wzmożenia odruchów, objaw Babińskiego, stupor, zahamowanie mowy (mutismus), ruchy pląsawicze, sztywność, bóle głowy, porażenia nerwu twarzowego.

Im objawy są lżejsze, tym prędzej ustępują nie pozostawiając następstw, które wogóle występują rzadko. Albo dziecko ginie w ciągu kilku dni, albo poprawia się zupełnie z nadzwyczajną szybkością. Tak, że naogół rokowanie w przypadkach powikłań nerwowych po odrze, nawet o przebiegu ciężkim i alarmującym, w większości przypadków jest niezłe. Następstw, które widuje się po nagminnem zapaleniu mózgu, — w tych przypadkach nie bywa.

7) Powikłania mózgowo-rdzeniowe. (Postać ataktyczna).

Zdarzają się zaburzenia mózgowo-rdzeniowe w postaci ognisk rozsianych. Dominują objawy zaburzeń równowagi, ruchy nieskoordynowane, atetotyczne, pląsawicze, drżenie gałek ocznych, zaburzenia mowy (skandowanie), zaburzenia połykowe, zaburzenia psychiczne, rzadziej czuciowe i ze strony zwieraczy. Notuje się także: drżenie przy ruchach zamierzonych, asynergja ruchowa, adiadochokineza, zniesienie odruchów ścięgnistych, czasami niepokojące objawy opuszkowe. Rokowanie jednak pozostaje dobre.

Takie są w krótkim zarysie powikłania nerwowe w odrze. Częstość ich występowania trudno ustalić, niewątpliwem zdaje się, że wzrosła ona znacznie w okresie po wojnie. Piśmiennictwo lekarskie obecne obfituje w opisy tych przypadków, szczególnie piśmiennictwo niemieckie i amerykańskie.

Badania anatomo-patologiczne są znikome, gdyż większość chorych powraca do zdrowia. Zmiany mają być rozlane, cechują się przekrwieniem, wybroczynami, nacieczeniami około-naczyniowemi i nie dają się zidentyfikować ze zmianami anatomicznemi w nagminnem zapaleniu mózgu, gdyż oszczędzają jądra szare podstawy mózgu. Przebieg kliniczny, nagły początek, szybki przebieg, powrót do zupełnego zdrowia, brak następstw — odróżniają także zapalenia mózgu poodrowe od nagminnego zapalenia mózgu. Etjologja tych spraw pozostaje niewyjaśniona. Autor przypuszcza, że jad odrowy uczula układ nerwowy na działanie innego odrębnego jadu neurotropowego, który sam nie jest w stanie wywołać zmian chorobowych.

Gruźlica jako czynnik „złośliwego zespołu“ w płonicy. (La tuberculose, facteur de malignité dans la scarlatine). O. M i l l i a n.

Archives de Méd. des enfants. aMrs 1932.

Płonica była oddawna przedmiotem licznych badań, jednak dotąd ani etjologja tego cierpienia ani epidemjologja i patologja nie jest ostatecznie wyświetlona.

Pytanie niezmiernie ważne stanowi zmienność postaci płonicy w związku ze złośliwością cierpienia. Przyjmują, że złośliwość ta jest następstwem sumowania się różnych czynników, jak: — rasa, płeć, wiek i wreszcie t. zw. „genius epidemicus“.

Po okresach czasu, kiedy cierpienie przebiega łagodnie, przychodzą przypadki o wyjątkowej złośliwości. Autor zajął się bliższem badaniem złośliwych przypadków płonicy w przebiegu epidemji naogół łagodnej, którą obserwował w latach 1927—1930 w szpitalu dziecięcym w Bukareszcie.

Badania pośmiertne wykazywały istnienie prawie u wszystkich chorych czynnej gruźlicy gruczołowo-płucnej. Było to zjawiskiem tak stałem, że autor odrzucił myśl o zwykłym zbiegu okoliczności, lecz przyjmuje istnienie związku przyczynowego pomiędzy złośliwością przebiegu płonicy, a istnieniem gruźlicy w ustroju dziecięcym.

Autor zastanawia się nad rodzajem wzajemnego stosunku gruźlicy do płonicy i szuka przedewszystkiem oparcia dla swojej tezy w literaturze lekarskiej. Naogół dotąd negowano istnienie wzajemnego wpływu gruźlicy i płonicy, jaki jest ustalony dla krztuśca i odry. *Taissier* i *Duvoir* nie odrzucają wpływu płonicy na rozwój sprawy gruźliczej. W płonicy podobnie jak w odrze, można stwierdzić zahamowanie odczynów skórnych tuberkulinowych. O zanikaniu odczynów tych pod wpływem płonicy mówi także B r a n d e r b e r g. Jeszcze B a g i n s k y (1862) twierdził, że rokowanie w przebiegu płonicy u gruźlików jest niepomyślne. H u t i n e l badając w 5-ciu przypadkach płonicy złośliwej zmiany pośmiertne napotkał obecność gruźlicy płucnej, — *Simonin*, badając związek pomiędzy gruźlicą a płonicą dochodzi do wniosku, że płonica u osobników gruźliczych

może od początku przebiegać złośliwie; jeżeli przebiega łagodnie, to może wywoływać nowe rozsiania prątków gruźliczych w ustroju. *Dumitrescu* badając cztery przypadki śmiertelne płonicy hypertoksycznej, dochodzi do wniosku, że pod wpływem zakażenia płoniczego następowała mobilizacja laseczników wywołujących gruźlicę uogólnioną.

Wreszcie autor podaje opis dziewięciu własnych przypadków płonicy złośliwej u dzieci, a które stanowią tylko część materjału, którym rozporządza autor. W przypadkach tych badanie pośmiertne stwierdziło obecność serowaciejącej lub uogólniającej się gruźlicy. W większości tych przypadków chorzy umierali 3—4 dnia choroby płoniczej, czasami nawet po 48 godzinach przy znanych ogólnie objawach płonicy złośliwej. Występowały: hyperthermia, tachycardia, duszność toksyczna (bez odpowiednika fizykalnego), wybitna wysypka płonicza o odcieniu fiołkowem. Do tych objawów dołączyły się: powtarzające się wymioty, podniecenie, majaczenie, drgawki, zamroczenie świadomości, sinica, zimne kończyny, niedomoga układu krążenia.

W mniej licznych przypadkach, początek nie był tak gwałtowny, i przebieg był dłuższy zanim następowało zejście śmiertelne. (7—20 dni). We wszystkich tych przypadkach o przebiegu i zejściu fatalnem, badanie pośmiertne wykazało zmiany gruźlicze gruczołowo-płucne. Autor przyjmuje, że złośliwy przebieg płonicy uwarunkowany był przez istniejącą w ustroju sprawę gruźliczą. Badanie dzieci zmarłych wskutek innych cierpień zakaźnych nie wykazało tak dużego odsetka współistniejących zmian gruźliczych.

Autor nie chce twierdzić, że toksyczna i złośliwa płonica zdarza się jedynie przy skojarzeniu się tej choroby z gruźlicą, gdyż bywają epidemje płonicy ogólnie złośliwej. Natomiast przypadki autora obejmują sporadyczne zachorowania na płonicę złośliwą w przebiegu epidemji łagodnej, co zdaniem autora wykazuje, że prócz t. zw. „genius epidemicus", który zależny jest prawdopodobnie od wzmożenia się jadowitości zarazka płoniczego, duże znaczenie posiada podłoże, czyli sam ustrój. Przypadki te dowodzą, że ustrój zaatakowany gruźlicą nadaje dołączającej się chorobie płoniczej cechy wyjątkowej złośliwości.

Patogeneza „zespołu złośliwego" w płonicy nie jest dostatecznie wyjaśnioną. Jest to zatrucie, które wywiera wpływ na ośrodki nerwowe, a szczególnie na rdzeń przedłużony, ośrodki naczyniowo-ruchowe, na narządy posiadające czynność odtruwającą, gruczoły dokrewne, a przedewszystkiem nadnercza.

Są liczne prace o roli nadnerczy w powstawaniu objawów toksycznych w przebiegu różnych chorób zakaźnych: duru, błonicy, płonicy. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że niedomoga nadnerczy powoduje niektóre objawy „zespołu złośliwego", jak astenja, obniżenie ciśnienia, przyśpieszenie czynności serca. Nawet w przebiegu zwykłej płonicy można wyróżnić objawy zależne od pewnej niedomogi nadnerczej. Prócz tego stwierdza się w płonicy niedomogę czynnościową wątroby.

Dla wyjaśnienia patogenezy „zespołu złośliwego" w płonicy skojarzonej z gruźlicą, autor wysuwa przypuszczenie następujące: płonica wywołuje niedomogę nadnerczy; gruźlica również często uszkadza czynność tych gruczołów dokrewnych. Prócz tego oba cierpienia wywołują zmiany wątrobowe. Zespół złośliwy powstaje łatwiej wskutek skojarzenia się obu tych ujemnych wpływów na ważne narządy odtruwające.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Leczenie zastrzału rozległem wycinaniem luźnej tkanki łącznej w miejscu zakażenia. (La resection du tissu cellulaire dans le traitement des panaris). Rougemont i Carcassonne. *La Presse Méd. Nr. 33, kwiecień 1932.*

W dużej liczbie przypadków zastrzałów w zakresie palców i dłoni zwykle stosowane nacięcie nie wystarcza, gdyż niema tu jakiegoś jednego zbiorowiska ropy, a istnieje rozległe obumarcie tkanki podskórnej (ewentualnie ścięgien), która bardzo powoli oddziela się (sekwestruje) i wydala nazewnątarz. Do bez porównania lepszych wyników prowadzi możliwie doszczętne wycięcie całej zmienionej chorobowo luźnej tkanki łącznej — aż do tkanek zdrowych; skraca to znakomicie okres gojenia się zastrzału i chroni do pewnego stopnia przed przejściem procesu chorobowego na ścięgna, kości i t. d. Mówiąc o skróceniu okresu gojenia się, nie ma autor na myśli jego następstw wyłącznie gospodarczo-socjalnych, gdyż sprawa ta ma również ogromne znaczenie czysto lekarskie. Naskutek długotrwającego procesu zakaźno-zapalnego w zakresie dłoni i palców powstaje trwałe przekrwienie z następowym przerostem tkankołącznym i, wreszcie, zbliznowaceniem palców i dłoni, prowadzącem w końcu do znacznego upośledzenia czynnościowego kończyny. To właśnie powikłanie, groźne dla czynności kończyny, najpewniej udaje się ominąć przez wczesne wycięcie całej zmienionej chorobowo luźnej tkanki łącznej.

W przypadku zastrzału w zakresie końcowego paliczka zabieg powinien być wykonany, według autora, w sposób następujący. Po nałożeniu opaski uciskowej u podstawy palca prowadzi się cięcie łukowate, okrążające po stronie dłoniowej opuszkę palca, przyczem część środkowa łuku przechodzi na 3 mm od rowka podpaznokciowego, boczne ześ jego części dochodzą do okolicy stawu między końcowym i środkowym paliczkiem. W swej części środkowej (poniżej paznokcia) cięcie to drąży najgłębiej, aż do kości, w bocznych częściach jest płytsze (tylko do tkanki podskórnej). Po odpreparowaniu i odchyleniu płata skórnego wycina się całą znajdującą się tu luźną tkankę łączną tak, żeby pozostały tylko: ścięgno z pochewką, nerwy i kość; następnie, w miarę potrzeby usuwa się zmienioną chorobowo część paliczka, układa się w ranie poprzecznie dwa cienkie sączki gumowe, przykrywa się je płatem skórnym, i umocowuje całość bandażem tak, żeby końce sączków sterczały nazewnatrz, i zdejmuje się opaskę uciskającą. Codziennie przemywa się ranę poprzez sączki kilkoma cm^3 roztworu Dakina. Po 6 — 8 dniach sączki usuwa się i brzegi rany zbliża się przylepcem.

Jeśli zachodzi konieczność wykonania cięć powyżej, to na przebiegu palca cięcia te prowadzi się na bocznej jego powierzchni, u jego zaś podstawy

— na stronie dłoniowej (przechodzące wzdłuż odnośnego ścięgna na dłoń). Jednakże istota zabiegu pozostaje wszędzie jednakowa. Na stronie grzbietowej palców cięcia prowadzi się pośrodkowo.

Autorowie stosowali sposób powyższy wielokrotnie, z wynikami zawsze bardzo dobremi.

Anatomo-patologiczne i bakterjologiczne podłoże gruźliczego gośćca stawowego. (Le substratum anatomo-patologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux). B e z a n ç o n, M. P. W e i l, D e l a r u e i O u m a n s k y.

La Presse Méd. Nr. 34, kwiecień 1932.

Bonnet, Gubler, Powel wypowiedzieli w swoim czasie zdanie, że obok gruźlicy stawów o przebiegu banalnym (puchlina, tumor albus) istnieją postacie gruźlicy, przypominające do złudzenia podostry względnie przewlekły gościec stawowy. Po nich *Poncet*, opierając się na bogatym materjale klinicznym, ustala nową jednostkę kliniczną: g r u ź l i c z y g o ś c i e c s t a w o w y. W koncepcji swej jednakże zakreślił dla tej nowej jednostki chorobowej zbyt szerokie granice, opierając się przy tem na kryterjum bezwzględnie niedostatecznem. Wywołało to nadmierną i w pewnym stopniu niesprawiedliwą reakcję ze strony świata lekarskiego, który zaczął się odżegnywać od poncetowskiej koncepcji; a prawda jest, jak zwykle, pośrodku. W ostatnich latach znowuż powrócono do tej sprawy. Ukazał się szereg opisów przypadków gośćca stawowego, którego tło gruźlicze zostało stwierdzone bakterjologicznie. Autorowie spostrzegali przypadek analogiczny, który ze względu na swój wysoce charakterystyczny przebieg zasługuje w pełni na przytoczenie na tem miejscu.

Chora 31-letnia, obciążona dziedzicznie w kierunku gruźlicy, przebyła w dawnych latach dwukrotnie gruźlicze zapalenie opłucnej i nieżyt szczytu płucnego z krwiopluciem. Obecnie, od 5 lat ma objawy podostrego gośćca w zakresie prawie wszystkich stawów (przeważnie dłonie i stopy) z gorączką, silnemi bólami i rozwijającem się stopniowo zesztywnieniem poszczególnych stawów. Zdjęcia rentgenowskie, poza odwapnieniem końców stawowych, nie wykazały żadnych zmian chorobowych.

Ani jeden z chorych stawów nie przeszedł w postać puchliny lub guza białego (tumor albus), odpowiadających banalnym postaciom gruźlicy stawowej. U chorej powyższej stwierdzono poza tem obecność zmian swoistych w szczytach płucnych, obecność prątków Kocha w plwocinie, wysięk zapalny w worku osierdziowym, a wstrzyknięcie śwince morskiej krwi, pobranej od chorej w okresie zaostrzenia sprawy stawowej (wkrótce przed śmiercią), wywołało u niej powstanie typowej gruźlicy gruczołów chłonnych. Pośmiertne badanie anatomopatologiczne i drobnowidzowe stawów nie wykazało obecności żadnych zmian, typowych dla procesu gruźliczego (mas serowatych, gruzełków); ale zato w preparatach drobnowidzowych ze skrawków znaleziono prątki kwasoodporne, co zostało następnie potwierdzone wynikiem zaszczepienia wyciągu z tych tkanek świnkom morskim.

Przypadek powyższy jest na tyle demonstracyjny, że niepodobna nie związać tu schorzenia stawów z tłem gruźliczem. Jednakże trzeba podkreślić z naciskiem, że stwierdzenie w u s t r o j u c h o r e g o na zapalenie stawów typu gośćcowego o b e c n o ś c i p r ą t k ó w K o c h a względnie jakiegoś pewnego ogniska gruźliczego jest bezwzględnie n i e d o s t a t e c z n e m k r y t e r j u m dla tego, żeby rozpoznać tu g r u ź l i c z y gościec stawowy. D e c y d u j ą c y m jest w tego rodzaju przypadkach wyłącznie z e s p ó ł o b j a w ó w k l i n i c z n y c h, jak w przypadku autorów, w którym nad całym obrazem klinicznym dominowała gruźlica o różnem umiejscowieniu (polyserositis tbc., Tubercul. pulmonum fibrosa). Czynnikiem chorobotwórczym, wywołującym powstanie gruźliczego gośćca stawowego, jest zwykła dla ustroju ludzkiego postać prątka Kocha.

Schorzenie omawiane nie stanowi bynajmniej typu jednolitego; obejmuje ona dwie zasadnicze odmiany kliniczne. J e d n a stanowi odpowiednik do rzeżączkowego zapalenia stawów; po okresie zajęcia całego szeregu stawów (bacillaemia) proces umiejscawia się ostatecznie w jednym stawie, w którym przebiega już odtąd w zwykły dla gruźlicy sposób (hydarthros, tumor albus). D r u g a — przypomina do złudzenia nieswoisty gościec stawowy, bez jakiejkolwiek tendencji do umiejscowiania się w jednym stawie w sposób typowy dla gruźlicy banalnej; w tych przypadkach można przypuszczać istnienie uczulenia stawów na jad gruźliczy, a objawy gośćca — uważać za odczyn uczulonych swoiście stawów na jad gruźliczy pochodzenia płucnego lub jakiegokolwiek innego. Podobnie reagują stawy w przebiegu gośćca rzeżączkowego na podanie szczepionki gonokokowej.

Co się zaś tyczy związku przyczynowego przewlekłego gośćca stawowego zniekształcającego z gruźlicą, to — wbrew zdaniu *Ponceta* — autorowie związek ten uważają za bardzo problematyczny, a na sam gościec stawowy zniekształcający patrzą raczej jako na wyraz pewnych miejscowych zaburzeń odżywczych (tropho-arthrosis).

Rola rentgenologów w rozpoznawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le diagnostic d'appendicite est-il d'ordre radiologique?). P o r c h e r.

Paris Médical Nr. 6, luty 1932.

Należy zaznaczyć na wstępie, że właściwie niema objawów rentgenologicznych, któreby mogły uchodzić za patognomiczne dla zapalenia wyrostka robaczkowego; są takie, które budzą podejrzenie chirurga w tym kierunku względnie stanowią poparcie dla rozpoznania, zrobionego na podstawie objawów klinicznych. Owe objawy rentgenologiczne, przemawiające za zapaleniem wyrostka robaczkowego w okresie nieostrym, są to: obecność odwrotnych ruchów robaczkowych w zakresie dolnego odcinka krętnicy (antiperystaltyka) i nieprawidłowe w pewnych przypadkach umiejscowienia nieruchomej kątnicy pod wątrobą (o ile nie jest wyrazem zaburzeń rozwojowych). Co się zaś tyczy bolesności uciskowej okolicy kątnicy i zalegania papki kontrastowej w najniższym odcinku krętnicy — to nie przypisuje im autor większego znaczenia rozpoznawczego, jeśli chodzi o zapalenie wyrostka. Wypełnianie się wyrostka papką kontrastową i jego widoczność na ekranie cechują przedewszystkiem wyrostki zdrowe; zmienione zapalnie wyrostki rzadko bywają widzialne podczas prześwietlania przewodu pokarmowego (appendicitis obliterans).

Nawet w tych przypadkach, w których wynik badania rentgenowskiego jest całkowicie ujemny, wynik ten nie jest zupełnie bez znaczenia dla chirurga, gdyż w każdym razie ustala conajmniej położenie kątnicy, a pośrednio i wyrostka; w niejednym przypadku ułatwia to znakomicie wykonanie zabiegu (kątnica w małej miednicy, po lewej stronie brzucha, pod wątrobą, pod śledzioną).

Co się tyczy, wreszcie, o s t r e g o zapalenia wyrostka robaczkowego, to, naturalnie, niema mowy tutaj o prześwietlaniu zwykłem ze spożyciem papki kontrastowej. Ale tam, gdzie zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z ostrem zapaleniem wyrostka, czy z przedziurawieniem żołądka w miejscu wrzodu, — cenne wskazówki może dać postawienie chorego pod ekran: w przypadku zapalenia wyrostka wynik prześwietlenia będzie ujemny, ale w razie przedziurawienia żołądka ujrzymy obecność powietrza w jamie otrzewnowej w postaci jasnego pasa poniżej przepony po stronie prawej i lewej.

Znieczulanie odcinkowe zapomocą wstrzykiwania nowokainy do przestrzeni zewnątrzoponowej kanału kręgowego. (Anesthésie segmentaire extradurale). G i o r d a n e n g o.

Journ. d'Urologie XXXIII, Nr. 3, marzec 1932.

Przestrzeń zewnątrzoponowa kanału kręgowego jest to przestrzeń, zawarta między workiem opony twardej a ścianą kostnowięzadłową (lig. flava) kanału kręgowego, i jest wypełniona luźną tkanką łączną i tkanką tłuszczową. Z n i e c z u l e n i e z e w n ą t r z o p o n o w e, polegające na wprowadzeniu do powyższej przestrzeni 1% roztworu nowokainy, jest dalszem rozwinięciem pomysłu znieczulenia krzyżowego (injectio epiduralis), to jest wstrzyknięcia odpowiedniego środka do kanału krzyżowego (przez hiatus canalis sacralis), między kość a oponę twardą; różni się zaś zasadniczo od znieczulenia rdzeniowego, polegającego na wprowadzeniu środka znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej (spatium subarachnaideale), zawartej między pajęczynówką a naczyniówką rdzenia i wypełnionej krążącym swobodnie płynem mózgowo-rdzeniowym.

Dzięki temu, że płyn znieczulający, wprowadzony do przestrzeni zewnątrzoponowej, rozchodzi wzdłuż tej przestrzeni (wypełnionej tłuszczem i luźną tkanką łączną) bardzo wolno umożliwia to intensywne jego zadziałanie na korzonki nerwowe danego odcinka rdzenia (znieczulenie odcinkowe).

W y k o n a n i e. Wstrzykuje się 50 — 60 cm^3 1% roztworu nowokainy, przygotowanego napoczekaniu z płynem fizjologicznym z dodatkiem 7 — 10 kropel adrenaliny (1 : 1000). Do wstrzyknięcia używa się igły z mandrynem, jak do znieczulania rdzeniowego, i strzykawki 10 — 20 cm^3. Chory siedzi lub leży. Igłę wbija się w linji środkowej ciała między odpowiednie wyrostki kolczyste tak głęboko, dopóki nie poczuje się oporu więzadła żółtego. Wówczas wyjmuje się mandryn, zakłada się strzykawkę i usiłuje się wstrzyknąć kilka cm^3 roztworu nowokainy; jednakże wstrzyknięcie to nie udaje się, gdyż igła opiera się końcem swym o więzadło żółte. Wystarcza jednak wbić igłę głębiej na 1 — 2 mm, cały czas naciskając jednocześnie na tłok strzykawki, żeby nagle poczuć, że płyn swobodnie przechodzi ze strzykawki do tkanek — koniec igły sterczy wówczas w przestrzeni zewnątrzoponowej. Żeby się przekonać, czy się czasami nie przeniknęło zbyt głęboko, do przestrzeni podpajęczynówkowej, odejmuje się strzykawkę i patrzy się, czy przez igłę nie wycieka płyn mózgowordzeniowy (poleca się ewentualnie kaszlnąć choremu lub nagle uciska się okolicę nadbrzusza — w celu zwiększenia ciśnienia tego płynu); jeśli płyn wycieka, to należy ostrożnie wyciągać igłę do tej chwili, kiedy przestanie wyciekać — koniec igły będzie wówczas w przestrzeni zewnątrzoponowej. Nie należy również wstrzykiwać, jeśli przez igłę wypływa krew, gdyż jej koniec tkwi widocznie w żyle lub zatoce żylnej.

Po upewnieniu się o prawidłowem położeniu igły wstrzykuje się narazie tylko 10 — 15 cm^3 i czeka się 5 minut; jeśli chory zacznie odczuwać mrowienie i znieczulenie w zakresie kończyn dolnych, to będzie to dowodem, że środek znieczulający wstrzyknięto błędnie do przestrzeni podpajęczynówkowej i otrzymano zwykłe znieczulenie rdzeniowe, w którem zresztą operację zamierzoną można wykonać (zwykła dawka nowokainy do znieczulenia rdzeniowego wynosi 0,08 — 0,10 g). Jeśli zaś objawy powyższe nie wystąpią, wstrzykuje się pozostałą ilość środka do ogólnej liczby 50 — 60 cm^3. Znieczulenie zupełne powstaje po 15 minutach. Dla pogłębienia znieczulenia po wstrzyknięciu układa się chorego na odpowiednim boku względnie z opuszczoną niżej głową lub miednicą. Znieczulenie trwa 2 godziny. Objawów ubocznych — poza drobnem obniżeniem ciśnienia krwi — krótkotrwałem biciem serca — nie bywa, powikłań — tembardziej.

Wykonanie operacji brzusznych w części powyżej pępka (nerki, moczowody, drogi żółciowe, żołądek) wymaga znieczulenia korzonków od DX do LII, poniżej pępka (wraz z kończynami dolnemi) — LI do LIV, krocze — znieczulenie krzyżowe.

W porównaniu ze znieczuleniem rdzeniowem znieczulenie zewnątrzoponowe ma wszystkie jego zalety, a nie ma ani jednej jego wady (między innemi wyłącza możność porażenia opuszki rdzenia, gdyż przestrzeń zewnątrzoponowa nie sięga tak wysoko).

W porównaniu ze znieczuleniem przykręgosłupowem (injectio paravertebralis) wyżej opisany sposób zabezpiecza bez porównania lepiej zwiotczenie mięśni w miejscu operacji, co ma szczególnie duże znaczenie przy operacjach brzusznych, a poza tem — wymaga użycia znacznie mniejszej ilości środka znieczulającego (do 50%), co nie jest dla chorego bez znaczenia. Autor, stosując odcinkowe znieczulenie zewnątrzoponowe w wielu przypadkach, w 80 — 90% otrzymał znieczulenie zupełne, całkowite i ze zniesieniem napięcia mięśniowego.

Przymocowanie górnej ściany kanału udowego do kości łonowej zapomocą śruby — jako zabieg doszczętny w przypadkach przepukliny udowej. (Le vissage ligamento-pubien dans la cure radicale de la hernie crurale). L e r a t.

La Presse Méd. Nr. 36, maj 1932.

Autor przed 20 laty podał swój sposób leczenia doszczętnego przepuklin udowych, polegający na umocowaniu t. zw. łuku Fallopjusza (górnowewnętrzna część kanału udowego) do leżącej po-

niżej kości łonowej i zniesieniu w ten sposób możliwie całkowicie światła kanału udowego. Umocowanie to odbywa się zapomocą śruby Lambotte'a (model Collin Nr. II) i blaszki okrągłej średnicy 12 mm, z otworem w środku dla przeprowadzenia śruby i lekko wygiętej; jedno i drugie jest ze stali pozłacanej.

Po podwiązaniu worka, odcięciu go i odprowadzeniu kikuta, poza wrota przepuklinowe, zbliża się łuk więzadłowy, tworzący sklepienie kanału udowego, do leżącego poniżej ramienia poziomego kości łonowej i umocowuje się doń zapomocą wyżej opisanej blaszki i śruby; blaszkę umieszcza się wklęsłością ku górze, a wkręcając śrubę w kość, należy pamiętać o tem, żeby blaszką nie zmiażdżyć znajdującego się między nią i kością więzadła. Poza tem, tak należy wybrać miejsce do umieszczenia blaszki, żeby nie spowodować ucisku na żyłę udową i następowego zastoju i obrzęku kończyny odnośnej. Materjał metalowy, użyty do szwu, nie drażni zupełnie tkanek i jest doskonale znoszony przez ustrój; jedynie tylko w niektórych przypadkach przepuklin uwięźniętych z zakażeniem tkanek, otaczających worek przepuklinowy, po operacji mogą powstać długo niegojące się przetoki, zmuszające do usunięcia blaszki i śruby. Dlatego też w przypadkach zakażonych lepiej jest uciec się do innego sposobu operacyjnego.

Autor do tego czasu operował w sposób powyższy 506 przypadków przepuklin udowych zwykłych i nawrotowych, wolnych i uwięźniętych, niektóre z nich były olbrzymich rozmiarów — i ani razu nie spotkał się z nawrotem przepukliny po wykonanej przez siebie operacji. Tymczasem, po innych sposobach operacyjnych — jeśli chodzi o przepuklinę udową — nawroty są, jak wiadomo, częste.

Nowy środek, używany do leczenia żylaków goleni zapomocą wstrzykiwań drażniących. (Un nouveau produit pour les injections sclérosantes intravariqueuses). L i d i i D r e y f u s.

La Presse Méd. Nr. 38, maj 1932.

Jest to przygotowywana napoczekaniu mieszanina 65% roztworu cukru gronowego i 1% roztworu dwujodu rtęci, w stosunku: 10 części pierwszego roztworu (to jest cukru) na 1 część drugiego.

W stojącej pozycji choremu nakłada się opaskę na udo względnie goleń, zaciskającą żyły powierzchowne tuż powyżej żylaka, następnie, kładzie się go, wbija igłę do żyły odnośnej, kierując jej koniec w stronę stopy, zdejmuje się opaskę (żyła opróżnia się natychmiast) i wstrzykuje 10 cm^3 wyżej wymienionej mieszaniny roztworów. Po wyjęciu igły miejsce wkłucia uciska się lekko w ciągu 1 — 2 minut; po 5 minutach leżenia chory może opuścić przychodnię i udać się w drogę. Po każdem wstrzyknięciu żyła wypełnia się zakrzepami na przestrzeni 10 — 20 cm. Nawet największe i najbardziej rozległe żylaki znikają po 5 — 6 wstrzyknięciach. Objawów ubocznych i powikłań nie spotykano. Leczenie powyższe jest całkowicie niebolesne nawet wówczas, kiedy naskutek błędu technicznego część roztworu dostanie się poza żyłę. Obumarcia skóry ani poważniejszego odczynu zapalnego nie stwierdzono ani razu.

W czasie stosowania powyższego leczenia zauważono niejednokrotnie wybitnie pomyślny jego wpływ na gojenie się owrzodzeń goleni.

Przegląd stanu obecnego chirurgji przełyku. (Etat actuel de la chirurgie de l'oesephage) — temat programowy IX Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów w marcu 1932. G r é g o i r e, J i a n o.

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień 1932.

Wprowadzone do medycyny przed 30 laty dwie nowe metody badania — wziernikowanie przełyku i prześwietlanie promieniami Roentgena, posunęły naprzód w sposób wybitny chirurgję przełyku, a zwłaszcza rozpoznawanie i związane z niem leczenie pewnych jego schorzeń jako to: wrzodu trawiennego, uchyłków i samoistnego rozszerzenia przełyku.

I. W r z ó d t r a w i e n n y p r z e ł y k u, pominąwszy tutaj wszelkie owrzodzenia w następstwie urazu i oparzenia, ma zupełnie ten sam charakter, co wrzód żołądka lub dwunastnicy, i podobnie do tych ostatnich może doprowadzić do krwotoku lub przedziurawienia. Wikła zwykle te stany nadkwaśności żołądka, w których ma miejsce cofanie się soku żołądkowego do przełyku. Dokładne rozpoznanie cierpienia możliwe jest tylko przy pomocy wziernikowania przełyku, względnie zbadania drobnowidzowego skrawka. Leczenie polega na przypalaniu dna owrzodzenia lapisem i stosowaniu pasty bizmutowej.

II. U c h y ł k i p r z e ł y k u mogą być umiejscowione bądźto w jego części piersiowej (naogół rzadkie i trudne do rozpoznania, zdarzają się na wysokości podziału tchawicy lub tuż powyżej przepony), bądź też w części szyjnej (bez porównania częstsze). Te ostatnie powstają wskutek uwypuklania się śluzówki (zwykle na granicy gardzieli i przełyku) poprzez szczelinę w mięśniówce, są znacznych rozmiarów i szerokim zwykle otworem komunikują się ze światłem przełyku. Zabiegi operacyjne zachowawcze (wglobienie, przyszycie) do celu nie prowadzą. Metodą z wyboru jest wyłuszczenie całkowite uchyłka, wykonane jednoczasowo. Dawniej operację tę wykonywano dwuczasowo (ze względu na niebezpieczeństwo powikłania ropowicą szyi), ale okazało się to niepotrzebnem.

III. T a k z w a n e s a m o i s t n e r o z s z e r z e n i e p r z e ł y k u ma za przyczynę najczęściej jego skurcz w miejscu przejścia przez przeponę, lub zwężenie pierwotne otworu w przeponie dla przełyku. Rozszerzanie zapomocą rozszerzadeł sprowadza tylko przejściową poprawę. Najlepsze wyniki daje operacja, polegająca na dotarciu do miejsca zwężenia drogą skombinowaną (piersiowo-brzuszną) i opanowaniu jednocześnie i zbliznowaciałego, względnie skurczonego otworu w przeponie, i zmian w ścianie samego przełyku (wycięcie, plastyka wpustu).

IV. C i a ł a o b c e z p r z e ł y k u usuwa się na drodze endoskopowej, i to możliwie wcześnie, gdyż względnie szybko powodują one krwawienia, zakażenie i powstanie owrzodzeń, co ogromnie utrudnia następowe usunięcie tych ciał przy pomocy wziernika. Usuwanie operacyjne od strony żołądka jest technicznie trudne (możliwe wogóle tylko przy nizkiem umiejscowieniu ciała obcego) i daje 16% śmiertelności. Usuwanie ciał obcych z części środkowej przełyku (poprzez śródpiersie tylne) daje 60% śmiertelności.

V. R a k p r z e ł y k u daje obecnie wskazanie najczęściej do wytworzenia przetoki żołądko-

wej (gastrostomia) i zastosowania radu pod kontrolą wziernika przełykowego.

Przypadki niedrożności przełyku na tle jego zbliznowacenia mogą dać wskazania do plastyki przełyku. Plastyka, polegająca na przeszczepieniu pod skórę klatki piersiowej pętli jelita cienkiego, została zarzucona, gdyż pętla taka często obumierała, nie mając zapewnionego dostatecznego ukrwienia. Lepsze wyniki daje wytworzenie przełyku z fałdu skórnego względnie z przemieszczonego ku górze żołądka. Za metodę z wyboru uważany jest obecnie sposób skombinowany, polegający na wytworzeniu przełyku z krótkiej pętli jelita cienkiego i z rury skórnej. Statystyka operowanych w ten sposób 85 przypadków wykazuje 12 zejść śmiertelnych i 65 wyleczeń trwałych.

Wskazania do stosowania leczniczego wyciągów z przytarczyc. (Les principales indications de l'extrait parathyroïdien). L a e m m e r.
La Presse Méd. Nr. 28, kwiecień 1932.

Leczenie wyciągami z przytarczyc pozostaje w ścisłym związku z czynnościami wydzielniczemi tego gruczołu, z których tylko niektóre zostały całkowicie wyjaśnione i potwierdzone klinicznie; na nich właśnie opiera się stosowanie lecznicze wyciągów z przytarczyc.

Główną rolą przytarczyc w ustroju jest ich c z y n n o ś ć o d t r u w a j ą c a (antytoksyczna), o mechaniźmie dosyć złożonym. Przy wypadnięciu tej czynności mogą wystąpić następujące zaburzenia: alkaloza, którą w późniejszym okresie przechodzi w kwasicę, i wzrost zawartości we krwi azotu bezbiałkowego (amoniak, kreatynina, guanidyna); zaburzenia te częściowo mogą być wyrównane zastępczo przez wątrobę i nerki.

Poza tem przytarczyce r e g u l u j ą p r z e m i a n ę w a p n i o w ą w ustroju, utrzymując stężenie wapnia we krwi na pewnym stałym poziomie. W związku z powyższem przytarczyce wpływają p o ś r e d n i o i n a n a p i ę c i e w z g l ę d n i e p o b u d l i w o ś ć u k ł a d u n e r w o w o - m i ę ś n i o w e g o. Stanom niedomogi przytarczyc towarzyszy nadmierna pobudliwość nerwowa i wzmożone napięcie całego układu nerwowego roślinnego (vagotonia i sympathicotonia).

Pominąwszy stany wybitnie zaznaczonej niedomogi przytarczyc, jakie się widuje np. po operacyjnem ich wycięciu, i które wymagają raczej przeszczepienia przytarczyc względnie bardzo dużych dawek wyciągów odpowiednich, wapnia, ergosterolu i naświetlań promieniami pozafiołkowemi, widuje się poza tem dwa rodzaje niewydolności przytarczyc: niewydolność niewątpliwą, stwierdzoną klinicznie, i niewydolność podejrzewaną tylko, hipotetyczną, co do której dowodów pewnych nie posiadamy.

Z tą pierwszą mamy do czynienia w następujących schorzeniach: tetania infantilis, tetania eclamptica, tetania gastro-intestinalis i tetania idiopathica. Z tą drugą — w krzywicy, rozmiękczeniu kości (osteomalacia), owrzodzeniach golcni na tle żylaków, wrzodzie trawiennym żołądka i dwunastnicy, padaczce, chorobie Parkinsona, myoklonji, myotonji i t. p.

Wyniki pomyślne stosowania wyciągów z przytarczyc zauważono również w przewlekłych zapaleniach stawów, w nadciśnieniu tętniczem, w chorobie Raynaud w nerwicach układu współczulnego i innych.

W celach leczniczych podaje się albo sproszkowane przytarczyce po 0,01—0,03 na dawkę (do 0,06 pro die!), albo wyciąg według Collipa, odmierzany w jednostkach fizjologicznych (10—20 jednostek dziennie). Należy pamiętać o tem, że przekroczenie powyższych dawek dziennych nie jest bynajmniej rzeczą niewinną, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w ustroju, zwłaszcza u chorych z poważniejszemi zaburzeniami w krążeniu.

Działanie lecznicze wyciągów z przytarczyc wzmocnić można przez podawanie jednoczesne wapnia, ergosterolu i stosowanie naświetlań kwarcowych.

Rozpoznawanie i leczenie guzów rdzenia kręgowego. (Diagnostic et traitement des tumeurs de la moelle) — temat programowy IX Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów. R o b i n e a u.
La Presse Méd. Nr. 29, kwiecień 1932.

Pod nazwą guzów rdzenia rozumie tutaj autor wszelkie nowotworzenia tkankowe, zawarte w kanale kręgowym i wychodzące bądźto z samego rdzenia, bądźto z opon, bądź też z korzonków rdzeniowych.

W przebiegu klinicznym tego cierpienia rozróżniamy 3 okresy: o k r e s b ó l ó w, o k r e s s p a s t y c z n e g o p o r a ż e n i a o b u k o ń c z y n d o l n y c h (paraplegia) i o k r e s p o r a ż e n i a w i o t k i e g o z odleżynami i zaburzeniami w oddawaniu moczu. Autor podkreśla tutaj z naciskiem fakt ogólnie, zresztą, znany — fakt zależności ścisłej wyników pooperacyjnych od możliwie wczesnego i dokładnego rozpoznania i wczesnego operowania guzów rdzenia.

R o z p o z n a w a n i e g u z ó w r d z e n i a opiera się na badaniu klinicznem, radjografji, wyniku nakłuć lędźwiowych i badaniu zapomocą lipjodolu.

Wczesne zjawianie się b ó l ó w — stałych, uporczywych, nasilających się przy ruchach i wysiłkach fizycznych — jest jednym z najbardziej charakterystycznych objawów cierpienia. Wcześnie również zaznaczają się zaburzenia czucia i występują odruchy chorobowe.

Z d j ę c i e r e n t g e n o w s k i e k r ę g o s ł u p a pozwala na wyłączenie gruźlicy, względnie raka kręgów, ucisku przez stare ognisko urazowe i zaburzeń rozwojowych kręgosłupa.

N a k ł u c i a l ę d ź w i o w e. Płyn mózgowo-rdzeniowo wykazuje poniżej miejsca ucisku objaw tak zwanego rozszczepienia białkowo-cytologicznego, powyżej zaś tego miejsca zachowuje się prawidłowo. Fakt ten — obok zmian w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego na różnych wysokościach — pozwala na względnie dokładne umiejscowienie guza zapomocą całego szeregu nakłuć lędźwiowych, wykonywanych na różnych poziomach. Najcenniejszym jednakże środkiem rozpoznawczym jest radjografja po uprzedniem wprowadzeniu do przestrzeni podpajęczynówkowej l i p j o d o l u, przyczem ten ostatni może być wstrzyknięty albo powyżej miejsca ucisku (wyznacza on wówczas górny biegun guza), albo poniżej (wyznacza biegun dolny guza). Lepiej jest zacząć od wstrzyknięcia dolnego, a dopiero w miarę koniecznej potrzeby wykonać następowe wstrzyk-

nięcie górne, które czasami bywa nieobojętne dla chorego, gdyż może wzmóc objawy ucisku w miejscu guza.

Leczenie guzów rdzenia. Operację laminektomji wykonuje się w znieczuleniu miejscowem, możliwie w pozycji siedzącej ze strony chorego; wyrostki kolczyste oddłutowuje się u ich podstawy i odchyla wraz z przyczepami mięśniowemi na jedną stronę. Bliższe szczegóły techniczne zależą od charakteru i umiejscowienia guza (guzy wewnątrzrdzeniowe, zewnątrzrdzeniowe, guzy wychodzące z cauda equina, guzy wychodzące z krążków międzykręgowych).

Na 64 operowane przez autora przypadki guzów rdzenia, 3 chorych zmarło w ciągu 24 godzin po operacji, 5 — w ciągu pierwszego miesiąca, 7 — w ciągu 1 do 1½ roku. Na 40 chorych operowanych i wyleczonych trwale w 50% wszystkich przypadków powrót do prawidłowej czynności rdzenia i nerwów był zupełny.

Przedziurawienie ściany kiszki do wolnej jamy otrzewnowej w miejscu wrzodu gruźliczego. (La perforation des ulcères tuberculeux de l'intestin en péritoine libre). Wilmoth i Baumann. *Journ. de Chir. XXXIX — Nr. 4, kwiecień, 1932.*

Najczęściej, przedziurawienie ściany kiszki w miejscu owrzodzenia gruźliczego odbywa się albo do przestrzeni otrzewnowej, dokładnie ograniczonej zrostami okolicznych pętli jelitowych ze sobą (powstaje ropień kałowy), albo do światła sąsiedniej pętli jelitowej, która przykleja się, a następnie, przyrasta do ściany kiszki zmienionej gruźliczo w miarę rozwijania się wrzodu gruźliczego. Przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej (zjawisko coprawda rzadkie, ale nie do tego stopnia, jak to się ogólnie przypuszcza), następuje wówczas, kiedy proces gruźliczy w ścianie kiszki rozwija się tak szybko, że nie zdążą się wytworzyć ochronne zrosty otrzewnowe, względnie, duża ilość płynu zapalnego w jamie otrzewnowej przeszkadza wytworzeniu się tych zrostów.

Przedziurawienie dotyczy zwykle jelita cienkiego, bardzo rzadko — jelita grubego. Z trzech postaci anatomo-patologicznych gruźlicy jelit: postaci wrzodziejącej (ulcero-caseosa), zwężającej światło kiszki (stenosans) i przerostowej (hypertrophica) — tylko ta pierwsza bywa przyczyną przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnowej. Otwór w ścianie jelita może mieć w średnicy od 3 mm do 15 — 20 mm, otworów tych może być kilka. Otrzewna przedstawia objawy rozlanego zapalenia, z wysiękiem surowiczo-ropnym lub ropnym i obecnością licznych guzków szarawych na powierzchni pętli jelitowych (gruzełki). Samo owrzodzenie ma zwykle kształt lejka, szczytem zwróconego ku otrzewnej (analogicznie do wrzodu trawiennego żołądka), o brzegach miękkich lub zbliznowaciałych. W większości przypadków stwierdza się również obecność licznych obrzmiałych gruczołów krezkowych. Zabieg operacyjny ogranicza się wyłącznie do zaszycia otworu w ścianie kiszki; wycięcie odcinka kiszki — ze względu na ciężki stan chorych — nie wchodzi w rachubę prawie nigdy. Uratować chorego od śmierci może jedynie operacja, wykonana w ciągu pierwszych kilkunastu godzin od chwili przedziurawienia. W ranie operacyjnej pozostawia się na 3 — 4 dni sączek gumowy, sięgający wewnętrznym końcem do małej miednicy. Rokowanie dalsze jest również niepewne, gdyż po zaszyciu otworów w kiszce proces gruźliczy w jelitach postępuje dalej i nierzadko doprowadza w ciągu kilku miesięcy do zejścia śmiertelnego wskutek prosówki.

Zwężenie światła kiszki w następstwie dawnego uwięźnięcia w worku przepuklinowym. (La sténose intestinale, consécutive à un étranglement herniaire). Delvaux. *Journ. de Chir. XXXIX — Nr. 4, kwiecień, 1932.*

Autor omawia tutaj przypadki zwężenia światła jelita cienkiego wskutek zbliznowacenia jego ściany w miejscu, które w swoim czasie uległo uciśnięciu we wrotach przepuklinowych wskutek uwięźnięcia przepukliny. Przypadki te nie są bynajmniej rzadkie, rzadko tylko bywają jako takie rozpoznawane.

Jeśli w czasie operacji przepukliny uwięźniętej znajdujemy w worku przepuklinowym pętlę jelita o ścianie zgrubiałej, sztywnej i mocno zasinionej, to o żywotności tej pętli (a więc — możności odprowadzenia jej do brzucha) orjentujemy się z wyglądu surowicówki (gładka, lśniąca — w przypadku pomyślnym) i z zachowania się naczyń krezkowych (czy tętnią?). Jednakże, jak pokazały badania ostatnich dziesiątków lat, nie jest to kryterjum dostatecznie pewne.

Mechanizm obumierania ściany kiszki uwięźniętej polega — według poglądów obecnie panujących — na intensywnym zastoju pierwotnym żył (przy zachowanej drożności tętnic krezkowych) we wrotach przepuklinowych, który doprowadza do nekrozy, dotyczącej z początku samej śluzówki (jako najbardziej wrażliwej na zaburzenia w krążeniu), a po tem — obejmującej stopniowo dalsze warstwy ściany, aż do surowicówki włącznie. A więc możemy mieć do czynienia z niezmienioną na oko surowicówką i zachowanem tętnieniem naczyń krezkowych — przy mniej lub więcej posuniętej już nekrozie, pozostałej części ściany kiszki. Po odpadnięciu strupa martwicowego od strony śluzówki, powierzchnia ubytku oczyszcza się, a następnie ubytek, zwykle okrężny, wypełnia się tkanką łączną, która z czasem przekształca się w zbitą bliznę, zwężającą w sposób znaczny światło kiszki. Do obumarcia śluzówki i tkanki podśluzówkowej przyczynia się tu w sposób znaczny zakażenie, idące od światła jelita. Stwierdzona w czasie operacji kurczliwość kiszki również nie dowodzi zachowania całkowitej jej żywotności, gdyż mięśnie okrężne i podłużne jelita odznaczają się dużą żywotnością tak, że kurczą się prawidłowo pomimo rozległej już nekrozy śluzówki i tkanki podśluzówkowej. Od rozległości i, zwłaszcza, głębokości obumarcia ściany kiszki zależy stopień powstającego z czasem zwężenia. Długość odcinka zwężonego wynosi 4 — 8 cm.

Klinicznie dwa, zwłaszcza, objawy po operacji przepukliny uwięźniętej wskazują na to, że nastąpiło obumarcie częściowe ściany kiszki; są to: krwawienia kiszkowe (występujące zaraz po operacji lub dopiero po pewnym czasie), wywołane przez odpadnięcie strupa martwicowego, i obfite biegunki (od 8 — 14 dnia), zależne od rozległego złuszczania się śluzówki i obecności owrzodzenia w kiszce. Samo zwężenie zaznacza się klinicznie dopiero po 3 — 6 tygodniach, a czasami i znacznie później (po

latach nawet). Zwężenie to wymaga wtórnego zabiegu operacyjnego, który polega na wycięciu odcinka zwężonego, na zespoleniu powyżej i poniżej odcinka zwężonego (bez wycinania), lub wreszcie na wytworzeniu przetoki kałowej (w stanach ciężkich). Rokowanie w tych przypadkach jest zawsze poważne. Z rozważań powyższych nasuwa się jeszcze jedna uwaga praktyczna: jeśli stwierdzimy w czasie operacji przepukliny uwięźniętej zgrubienie wyraźne i sztywność, niepodatność pętli jelitowej, zawartej w worku przepuklinowym (co świadczy o rozległym procesie zakrzepowo-zapalnym w żyłach ściany jelitowej), to lepiej jest odrazu wyciąć odnośny odcinek kiszki, jedno- lub dwuczasowo (pomimo zachowania prawidłowego wyglądu surowicówki, tętnienia naczyń i kurczliwości), gdyż ma tu już miejsce z pewnością rozległa nekroza śluzówki i podśluzówki, która doprowadzi do następowego zwężenia światła kiszki.

Uwagi w sprawie leczenia wadliwie zrośniętych złamań Dupuytrena. (A propos des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées). M a s s a r t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens XXIII— Nr. 16, grudzień, 1931.

W przypadkach złamań Dupuytrena (ponadkostkowych), w których nastąpił zrost w wadliwem ustawieniu, stopa jest zwykle ustawiona w położeniu koślawem (valgus) i nadmiernego zgięcia podeszwowego (equinus). Powoduje to znaczne zaburzenia statyczne w chodzeniu, ból przy każdej próbie oparcia się na chorej kończynie i wysoce nieestetyczne zniekształcenie stopy odnośnej. Chorzy tacy zgłaszają się o poradę zwykle po 5 — 6 miesiącach od chwili wypadku. Najbardziej istotną rzeczą w tego rodzaju stanach jest przywrócenie prawidłowej osi całej kości strzałkowej. Szew kostny, wskazany częstokroć w przypadkach świeżych, tutaj do celu nie prowadzi — ze względu na daleko posunięte rozrzedzenie odłamków, silne zrosty z otoczeniem i znaczne zniekształcenie powierzchni stawowej kości napiętkowej. Za operację z wyboru uważa tutaj autor w y c i ę c i e c a ł k o w i t e k o ś c i n a p i ę t k o w e j, u z u p e ł n i o n e w y p r o s t o w a n i e m skrzywionej przez wadliwe zestawienie odłamów o s i k o ś c i s t r z a ł k o w e j.

Wycięcie kości napiętkowej najlepiej jest wykonać z cięcia pośrodkowego na stronie grzbietowej stopy. Po otwarciu stawu i usunięciu kości napiętkowej, należy możliwie wyrównać powierzchnie zetknięcia się kości goleniowej z piętową (usunąć szczątki odłama wewnętrznego i t. zw. „odłama trzeciego"), następnie, wyprostować (zwykle ręcznie) oś strzałki, zaszyć ranę doszczętnie i unieruchomić w gipsie stopę w ustawieniu szpotawem (varus). Na chodzenie pozwala się chorym tym po 3 — 4 miesiącach. Zabieg ten daje większą gwarancję zachowania ruchów w stawie skokowym, niż pozostawienie kończyny swemu losowi i ograniczenie leczenia do miesienia i gimnastyki leczniczej.

W przypadkach nie tak zastarzałych można się ograniczyć do przecięcia dłutem odłamów w miejscu ich wadliwego zrostu z dwu cięć skóry poziomych — od strony kostki wewnętrznej i zewnętrznej, do ustawienia stopy w przesadnem ustawieniu szpotawem (varus) i zagipsowaniu na przeciąg 30 — 40 dni; po tym terminie zakłada się na kończynę opatrunek gipsowy Delbeta, do chodzenia. Wyniki są dobre.

Usztywnianie operacyjne w celach leczniczych stawu biodrowego w przypadkach gruźlicy z przetokami. (L'arthrodèse dans la coxalgie fistulisée). M a s s a r t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens XXIII— Nr. 17, grudzień, 1931.

Jak wiadomo, rokowanie w gruźlicy stawu biodrowego z przetokami (nawet w wieku dziecięcym) jest niepomyślne, gorsze nawet, niż w przypadkach gruźlicy kręgosłupa, powikłanej przetokami. Z zabiegów operacyjnych — rezekcja stawu daje częstokroć dobre wyniki, ale tylko u osób, starszych, wyskrobanie zaś przetok i ognisk gruźliczych w kości do celu wogóle nie prowadzi.

Jeśli mamy do czynienia z gruźlicą stawu biodrowego u osobnika młodego (a tembardziej w wieku starszym), powikłaną przetokami, a leczenie unieruchomieniem w opatrunku gipsowym poprawy nie daje, to wówczas należy, nie zwlekając, uciec się do operacji usztywnienia chorego stawu zapomocą uszypułowanego przeszczepu kostnego z zewnętrznej strony talerza biodrowego (artrodeza pozastawowa).

Operacja ta polega na oddłutowaniu z zewnętrznej strony kości biodrowej powyżej panewki stawowej dostatecznie szerokiej blaszki kostnej, odchyleniu jej do boku i ku dołowi (bez złamania szypuły), przepiłowaniu krętarza dużego i umieszczeniu końca przeszczepu w szczelinie między odpiłowanym krętarzem i jego podstawą. Następnie, zeszywa się tkanki miękkie tak, aby ustalić poszczególne fragmenty kostne we właściwem położeniu zupełnie dokładnie. Przez cały czas operacji należy unikać ściśle wkraczania w teren dotknięty bezpośrednio proc sem gruźliczym. Ranę zaszywa się doszczętnie i unieruchamia się dokładnie kończynę wraz z miednicą w opatrunku gipsowym, nałożonym odrazu na stole operacyjnym (na specjalnym stole ortopedycznym). Opatrunek ten po 3 miesiącach zmienia się na nowy opatrunek gipsowy. Po zagojeniu się przetok i wykazaniu przez zdjęcia rentgenowskie zupełnego wgojenia się przeszczepu, chory zaczyna chodzić.

Rola lecznicza przeszczepu polega tutaj z jednej strony na unieruchomieniu stawu i stworzeniu dla głowy kości udowej szerokiego oparcia od góry, z drugiej zaś — na dostarczeniu ogniskom gruźliczemu pewnego zapasu soli wapniowych i nasileniu przez swą obecność, w myśl idei Robertson — Laval'a, procesów gojenia się ognisk gruźliczych w kości.

Powikłania nerwowo-mózgowe, towarzyszące nastawianiu bezkrwawemu zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego. (Les accidents nerveux de la réduction de la luxation congénitale de la hanche). C o r r e t.

Revue d'Orthopédie XIX — Nr. 1, styczeń 1932.

Powikłania te występują naogół rzadko (0,4% wszystkich przypadków), pamiętać jednak o nich należy chociażby dlatego, żeby w razie zjawienia się ich, należycie je ocenić, biorąc pod uwagę dobrotliwość i przejściowość tych zaburzeń. Powi-

kłania te polegają na porażeniu całkowitem lub częściowem nerwu kulszowego i na pewnych zaburzeniach mózgowych (drgawki). P o r a ż e n i o w zakresie nerwu kulszowego występują według niektórych autorów (Lorenz) w 3% wszystkich przypadków zwichnięć wrodzonych biodra, nastawianych bezkrwawo, a nawet i częściej — zależnie, prawdopodobnie, od jakości materjału klinicznego.

Froelich zwraca uwagę na pewne momenty anatomiczne, które, jego zdaniem, specjalnie uspasabiają do powstawania porażeń nerwu kulszowego. Są to przypadki przemieszczenia głowy kości udowej ku górze powyżej 5 cm, trwające już długi czas (5 — 9 lat), i w których zdjęcie rentgenowskie wykazuje dużą ostrość i względną prawidłowość zarysów panewki, bez spotykanego tutaj zwykle spłaszczenia jej dachu, ubytków i rozrzedzeń. Ów obraz rentgenowski tłumaczy się tem, że zwichnięcie w tych przypadkach następuje prawdopodobnie jeszcze w życiu płodowem, a panewka nie znajdowała się nigdy pod wpływem ucisku głowy kości udowej i dlatego zachowała tak ostre i prawidłowe kontury. Chodzi tutaj raczej o „ektopję pierwotną, płodową" głowy kości udowej, niż o jej zwichnięcie. W związku z tem nerw kulszowy ulega tak znacznemu i trwałemu skróceniu, że przy nastawianiu zwichnięcia ulega pod wpływem rozciągania daleko idącemu obrażeniu.

Klinicznie porażenie nerwu kulszowego (całego lub, co się zdarza częściej, tylko nerwu piszczelowego) zaznacza się wyraźnie odpowiedniemi zaburzeniami czucia i ruchów — i to zaraz po nastawieniu, lub dopiero w kilka, względnie kilkanaście godzin. Porażenie to ma, jak już zaznaczono, charakter dobrotliwy i zwykle mija całkowicie w 3 — 6 miesięcy; najdłużej się utrzymują porażenia nerwu strzałkowego zewnętrznego. Mechanizm chorobotwórczy porażeń pozostaje w ścisłym związku z przebiegiem anatomicznym nerwu kulszowego i polega na nadmiernem rozciągnięciu nerwu co pociąga za sobą uciśnięcie naczyń krwionośnych w obrębie otoczki nerwu i przejściowe, jego niedokrwienie, a w następstwie — porażenie czasowe. Szybkie powstawanie porażeń tłumaczy się tu dużą wrażliwością nerwów — jeśli chodzi o ich żywotność — na zaburzenia w krążenia. Leczenie — polega raczej na zapobieganiu, to jest bardzo ostrożnem i stopniowem nastawianiu zwichnięć w przypadkach, specjalnie uspasabiających do następowych porażeń (według Froelicha). na stosowaniu przygotowawczego wyciągu (10 — 15 dni), na unikaniu nadmiernego odwodzenia uda. Jeśli porażenie już wystąpiło, to należy albo zmniejszyć stopień odwiedzenia uda, albo pozostawić opatrunek bez zmiany, licząc na przejściowość i dobrotliwość tego powikłania. Jednakże te porażenia, które w ciągu 15 dni nie wykazują poprawy, dają naogół rokowanie niepomyślne.

P o w i k ł a n i a m ó z g o w e — występują jeszcze rzadziej od poprzednich, predysponowane są do nich dzieci pochodzenia żydowskiego. Pomijając objawy shocku, których po nastawieniu bezkrwawem zwichnięcia biodra prawie nie widuje się, powikłania mózgowe polegają na występowaniu co 1 — 2 godzin drgawek kloniczno-tonicznych kończyn górnych i dolnych w przeciągu pierwszych 2 — 3 dni po zabiegu, mających naogół charakter dobrotliwy. Rzadziej dochodzi do stanu apatji, odurzenia i wreszcie śpiączki, które w pewnych razach mogą się skończyć nawet śmiercią.

Mechanizm chorobotwórczy polega albo na wpływach odruchowych na korę mózgową (objawy w tych razach występują zwykle później), albo na powstawaniu zatorów tłuszczowych w mózgu (objawy występują zaraz po nastawieniu zwichnięcia).

Leczenie ogranicza się do zabezpieczenia dzieciom odnośnym zupełnego spokoju psychicznego i nerwowego, podawania bromu, chloralu, okładu z lodu na głowę, a w przypadkach wyjątkowo ciężkich — na zdjęciu zupełnem opatrunku gipsowego.

Rozpoznawanie i leczenie krwawień odbytniczych. (Les hémorrhagies d'origine ano-rectale. Diagnostic et traitement). R a c h e t.

Revue de Médicine Nr. 1, styczeń 1932.

Istnieje cały szereg schorzeń, w których pierwszym i przez dłuższy czas jedynym objawem jest krwawienie z kiszki stolcowej; dopiero zbadanie palcem przez odbytnicę względnie obejrzenie wziernikiem odbytniczym pozwoli na ustalenie właściwego rozpoznania i zastosowanie odrazu odpowiedniego leczenia.

Jak się zorjentować, czy krwawienie dane jest pochodzenia rzeczywiście odbytniczego, czy też z górnych odcinków przewodu pokarmowego? Jedynie pewnym dowodem jest stwierdzenie palcem i okiem miejsca krwawiącego. Inne dane mają tylko znaczenie względne. Przeciwstawia się, naprzykład, obecność krwi jasnej, żywoczerwonej pochodzenia odbytniczego — krwi czarnej, zmienionej, pochodzącej z górnych odcinków jelita; niezawsze jest to słuszne, gdyż gwałtowny i obfity krwotok dwunastniczy może dać wydobywanie się z kiszki stolcowej krwi żywoczerwonej, i odwrotnie, przy zaleganiu krwi w bańce odbytnicy — w przypadkach krwotoku odbytniczego — krew może być zmieniona, ciemna. Większe znaczenie ma stosunek krwi do mas kałowych: obecność krwi wewnątrz nich przemawia za krwawieniem z górnego odcinka, obecność krwi jedynie na powierzchni mas kałowych i poza niemi — za krwawieniem z odbytnicy. Rozróżniamy trzy zasadnicze grupy schorzeń, powodujących krwawienia odbytnicze: g u z y k r w a w n i c o w e, n o w o t w o r y i s t a n y z a p a l n o - owrzodzeniowe odbytnicy.

I. K r w a w i e n i a w y w o ł a n e p r z e z g u z y k r w a w n i c o w e. Guzy krwawnicowe są najczęstszą przyczyną krwawień z odbytnicy względnie odbytu; pamiętać przytem należy o jednem — że poza krwawnicami może być ukryty i nierozpoznany jako taki rak odbytnicy, a także — że zbyt pohopnie nieraz rozpoznaje się krwawnice tam, gdzie przyczyną krwawień jest wyłącznie rak.

Guzy krwawnicowe z e w n ę t r z n e dają naogół niewielkie krwawienia, a rozpoznanie nie nastręcza tu żadnych trudności.

Guzy krwawnicowe w e w n ę t r z n e, bez porównania częstsze od poprzednich, powodują również niezbyt obfite krwawienia, które zwykle są pierwszym objawem, zwracającym uwagę chorego na jego cierpienie i decydującym o udaniu się do lekarza. Z początku krwawienia te mają miej-

sce tylko przy oddawaniu stolca, później — i w przerwach między niemi, coraz częściej, doprowadzając chorego z czasem do stanu krańcowej niedokrwistości (do 1.200.000, a nawet 900.000 krwinek czerwonych). Znacznie rzadziej zdarzają się powikłania guzów krwawnicowych gwałtownemi i obfitemi krwotokami (do litra krwi naraz), budzącemi podejrzenie wrzodu dwunastnicy, a występującemi przeważnie u osobników z upośledzoną krzepliwością krwi.

Rozpoznanie pewne cierpienia możliwe jest dopiero po zbadaniu chorego wziernikiem odbytniczym; krwawnice wewnętrzne przedstawiają się tutaj albo jako obrzmienia wałowate, otaczające prawie całe światło kiszki, albo jako poszczególne guzki półokrągłe lub uszypułowane, różnej wielkości. W jednym i drugim przypadku twory te są pokryte mocno przekrwioną i zmienioną zapalnie śluzówką, która jest głównem, jeśli nie wyłącznem źródłem krwawień (same guzy zwykle są wypełnione zakrzepami i mało krwawią). Krwawnice wewnętrzne bywają powikłane obecnością owrzodzeń powierzchownych śluzówki (atonicznych, trudno gojących się), rozpadlin (fissurae ani) i wyrośli zapalnych w kształcie polipów lub licznych drobnych guzków, łatwo krwawiących.

Wreszcie, należy jeszcze raz wspomnieć z naciskiem o odmianie krwawnic o b j a w o w y c h, towarzyszących przeważnie rakowi odbytnicy, które zostają rozpoznane jako takie dopiero po dokładnem obejrzeniu wziernikiem części odbytnicy powyżej guzów krwawnicowych.

II. K r w a w i e n i a w p r z e b i e g u n o w o t w o r ó w o d b y t n i c y są albo pierwszym objawem cierpienia, albo wikłają późniejsze dopiero okresy jego rozwoju.

W przypadkach r a k a krwawienie występuje przy oddawaniu stolca lub niezależnie odeń; krew może zawierać dużą domieszkę śluzu — jak w przebiegu czerwonki.

W przypadkach polipa odbytnicy krwawienie (zwykle obfite) często bywa jedynym objawem cierpienia, występującego przeważnie w wieku młodym. Polip może być jeden (na szypule — na 6 — 7 cm powyżej odbytu), lub może ich być dużo (polyposis recti); w tym ostatnim przypadku krwawienia bywają szczególnie obfite i groźne dla życia. Histologicznie są to wychodzące ze śluzówki gruczolaki, włókniaki lub naczyniaki.

III. S c h o r z e n i a z a p a l n e o d b y t n i c y i o d b y t u mogą również dawać krwawienia, rzadziej — obfite, ale zato przeważnie bardzo uporczywe i powtarzające się. Etjologja, obraz kliniczny i przebieg tych schorzeń są bardzo różnorodne. W etjologji największą rolę grają dwoinki tryprowe i drobnoustroje, wywołujące czerwonkę. Przebieg — ostry lub przewlekły. Procesem chorobowym zajęty jest albo tylko najniższy odcinek odbytnicy i sam odbyt, albo cała odbytnica wraz z okrężnicą.

Leczenie. Leczenie objawowe wszelkich krwawień odbytniczych będzie polegało na zupełnym spokoju fizycznym, ścisłej diecie, zimnych okładach na brzuch, podawaniu belladonny i makowca i, wreszcie, cały szereg środków, stosowanych wogóle przy krwotokach (chlorek wapna, hemostyl, żelatyna); miejscowo — przemywania odbytnicy gorącą wodą (47 — 48° C.), roztworem 4 : 1000 chlorku wapnia, 20% roztw. wody utlenionej, hemostylem i t. p.

Leczenie przyczynowe w przypadkach krwawnic będzie polegało na wstrzykiwaniu środków drażniących (chlorowodorek chininy i mocznika w roztworze 5%) do miejsc tuż powyżej guzków, poza zwykle stosowanemi środkami ogólnemi.

W niektórych przypadkach raka i polipów mnogich, może zajść konieczność — dla opanowania krwawienia — wytworzenia odbytu sztucznego (zstępnica, kątnica). To samo dotyczy niektórych niesłychanie uporczywych przypadków zapalenia odbytnicy, w którem zasadniczo leczenie przyczynowe powinno być skierowane przeciwko czynnikowi etjologicznemu.

Leczenie owrzodzeń goleni. (Le traitement des ulcères de jambe). S é z a r y.

La Presse Méd. Nr. 42, maj 1932.

Nawet pozornie nieuleczalne (to znaczy niepoddające się leczeniu w ciągu szeregu lat) owrzodzenia goleni zostają względnie szybko zagojone, pod warunkiem — przeprowadzenia w ł a ś c i w e g o (przyczynowego) l e c z e n i a. Poza owrzodzeniami kiłowemi, gruźliczemi i grzybicowemi — mającemi zupełnie swoistą etjologję, która wymaga i swoistego leczenia, — we wszystkich pozostałych owrzodzeniach przyczynami chorobotwórczemi są: z a b u r z e n i a w k r ą ż e n i u k r w i ż y l n e j (żylaki, zapalenia żył zakrzepowe) i z a k a ż e n i e m i e j s c o w e tkanek. Dlatego też leczenie owrzodzeń w przypadkach nieswoistych musi być skierowane w obu tych kierunkach.

Owrzodzenie goleni powstaje zwykle w związku z jakimś drobnym urazem i po osiągnięciu pewnych rozmiarów „stabilizuje się", to znaczy nie powiększa się, ale i nie zmniejsza się pomimo leczenia. Z czasem występują powikłania zapalne ze strony naczyń chłonnych, obrzęki, zbliznowacenie skóry, słoniowatość kończyny i t. p. Stare owrzodzenie goleni jest zawsze mocno zakażone, najczęściej łańcuszkowcem, zakażenie to przyczynia się z jednej strony do niegojenia się owrzodzenia, z drugiej zaś — do powstawania powikłań. W związku z powyższem jasnem jest, że właściwe leczenie nieswoistych owrzodzeń winno być skierowane w dwu kierunkach: zwalczenia zaburzeń w krążeniu żylnem i opanowania zakażenia.

Spotyka się czasami zdanie, że większość owrzodzeń goleni ma tło kiłowe; autor uważa je za zupełnie niesłuszne, a przeprowadzanie kuracji swoistej w każdym przypadku owrzodzenia goleni — za zdecydowanie niepotrzebne i nawet szkodliwe (poza nielicznemi owrzodzeniami rzeczywiście kiłowemi).

Z w a l c z a n i e z a b u r z e ń w k r ą ż e n i u ż y l n e m, będących jednym z dwu czynników chorobotwórczych w owrzodzeniach goleni, odbywa się prawie wyłącznie zapomocą l e ż e n i a w ł ó ż k u, bez którego obyć się jest prawie że niepodobieństwem. W łóżku noga chora powinna leżeć uniesiona dla ułatwienia odpływu krwi; w tymże celu zaleca się choremu wykonywanie ruchów czynnych palców i stopy wielokrotnie w ciągu dnia. Leżenie w łóżku powinno trwać do chwili całkowitego zagojenia się owrzodzenia.

Zwalczenie zakażenia odbywa się na drodze zmywania powierzchni owrzodzenia wodą utlenioną, zwilżania roztworem lapisu 1 : 30 (z początku co 2 dni, potem co 3 dni) i przykładanie na gazie maści o składzie następującym: Hydrargyrum oxydatum flav. 2,0 + resorcin. 0,4 + acidum salicyl. 0.4 + lanolin. 10,0 + vaselin. 15,0 + axungiae 15,0. Opatrunek z maści zmienia się w ciągu pierwszych kilku dni dwa razy dziennie, później — tylko raz dziennie. Roztwór lapisu stosuje się w celu zniszczenia warstwy tkanek o słabej żywotności, zawierającej liczne drobnoustroje.

W przypadkach bardzo zadawnionych, z daleko posuniętem zbliznowaceniem tkanek, przyśpiesza zagojenie się owrzodzenia wyskrobanie jego brzegów ostrą łyżeczką; przyczem należy zaznaczyć, że do takiego wyskrobania można przystąpić dopiero po względnem wyjałowieniu owrzodzenia zapomocą prowadzonego jakiś czas leczenia zachowawczego (lapisem i maścią).

Po wygojeniu cierpienia — aby uniknąć nawrotu — należy zalecić choremu utrzymywanie kończyn w jaknajwiększej czystości, wystrzeganie się wszelkich urazów i nieprzemęczanie ich. Żylaki goleni trzeba leczyć w sposób zwykły wstrzykiwaniem środków drażniących.

Objawy bólowe ze strony kikutów poamputacyjnych. (Les douleurs des moignons d'amputation). R. Leriche.

La Presse Méd. Nr. 44, czerwiec 1932.

Opierając się na danych fizjo-patologji układu nerwowego obwodowego i ośrodkowego, rozróżniamy następujące cztery typy zjawisk bólowych ze strony kikutów poamputacyjnych kończyn.

I. Chory „czuje“ odciętą kończynę, jakby ta nie utraciła swego związku z resztą ciała; jest to czucie naogół prawidłowe, fizjologiczne i jakkolwiek bywa czasami nieprzyjemne dla chorego, to jednakże z bólem w ścisłem tego słowa znaczeniu niewiele ma wspólnego. Chory czuje kończynę odciętą żywiej, niż zdrową, czuje jej położenie, ruchy, czasami ma wrażenie, że kończyna odcięta jest jakby skrócona, dziwnie mała. Zjawisko powyższe tłumaczy się uciskiem drażniącym blizny poamputacyjnej na kikuty nerwów, które jedyne ze wszystkich składników anatomicznych kończyny nie ulegają zanikowi, ale przeciwnie — odradzają się dosyć żywo, tworząc na swych końcach tak zwane nerwiaki poamputacyjne (neuroglioma post amputationem), które właśnie są punktem wyjścia czucia chorej kończyny. Że tłumaczenie to jest słuszne, a zjawisko opisywane nie ma nic wspólnego z halucynacjami czuciowemi pochodzenia mózgowego, dowodzi tego szybkie i całkowite zniesienie czucia odciętej kończyny po wstrzyknięciu do odnośnego nerwu roztworu nowokainy.

II. Bolesne czucie kończyny odciętej — chory czuje kończynę, która jest dla niego źródłem ostrego bólu (kłującego, szarpiącego, piekącego), czasami dosyć dokładnie umiejscowionego (palec jeden, stopa) i będącego zawsze w zakresie jednego określonego nerwu. Bóle te zjawiają się dopiero po zagojeniu się rany amputacyjnej, czasami po 1—2 latach. Ich przyczyną jest ucisk blizny na nadmiernie rozwinięty nerwiak pooperacyjny. O ile w poprzednim przypadku umiarkowane (fizjologiczne) drażnienie kikutów nerwowych było źródłem czucia odciętej kończyny, to tutaj intensywne drażnienie nadmiernie wybujałych nerwiaków wywołuje czucie bólu w odciętej kończynie. Wycięcie nerwiaka lub wstrzyknięcie do nerwu nowokainy znosi ten ból na pewien czas.

III. Bóle typu współczulnego (kauzalgiczne) w zakresie kikuta kończyny. Podniety, działające w zakresie blizny na zakończenia odnośnych nerwów rdzeniowych, wywołują na drodze odruchu rdzeniowego względnie mózgowego stan podrażnienia nerwu współczulnego w zakresie kikuta, a czasami i drugiej kończycy (symetrycznej), przejawiający się zaburzeniami naczynioruchowemi i odżywczemi. Klinicznie stwierdzamy nieznośne bóle piekące, dotyczące przedewszystkiem kikuta, a nie odciętej kończyny, szerzące się na przyległe części tułowia, nieznośne nie ze względu na swoje nasilenie, a na swoją uporczywość i stałość. Kikut bywa często sinawy i łatwo powstają na nim trudno gojące się owrzodzenia. Umiejscowienie tych bólów wykracza poza zakres odnośnych nerwów, jest rozlane i mało charakterystyczne. Początkowe porażenie naczyń przechodzi z czasem w ich stały skurcz, stąd sinica i ochłodzenie skóry kikuta. Przecięcie nerwu rdzeniowego nie znosi bólu, ale wstrzyknięcie roztworu nowokainy w otoczenie tętnicy łagodzi go wybitnie, to samo odnerwienie tętnicy.

IV. Nadwrażliwość na ból kikuta poamputacyjnego — istotą swą i charakterem jest zbliżona do bólów typu poprzedniego. Na drodze odruchu współczulnego występuje stały stan zapalny opon miękkich rdzenia na odpowiedniej wysokości (arachnoiditis hyperaemica), stąd ta nadwrażliwość odcinkowa na ból, wywołana prawdopodobnie przez drażnienie tylnych korzonków.

Nadwrażliwość ta jest źródłem największych dolegliwości i najgorszych bólów, z jakiemi spotyka się człowiek; doprowadza ona chorego z reguły albo do morfinizmu, albo też do samobójstwa.

Etjologja wszystkich powyższych stanów jest prawie wyłącznie wewnątrzpochodna, to jest biorąca źródło w swoistem usposobieniu chorego; ani sposób operowania, szycia, ani zakażenie nie grają tutaj prawie żadnej roli. Powikłania te są zupełnie nieobliczalne.

Leczenie. W przypadkach bolesnego odczuwania kończyny odciętej odsłania się operacyjnie nerw odnośny (w razie potrzeby 2—3 nerwy) na przestrzeni 10 cm, przecina się go i następnie zeszywa dokładnie tak, jakbyśmy chcieli uzyskać jego regenerację, poczem do odcinka dogłowowego wstrzykuje się 1—2 cm³ kwasu karbolowego lub chromowego. Uzyskuje się w ten sposób zniesienie bólów na długie lata. Reamputacja ani wycięcie nerwiaka do celu tutaj zupełnie nie prowadzą, gdyż bardzo łatwo powstaje nawrót nerwiaka.

W przypadkach bólów typu współczulnego wskazane będzie odnerwienie odnośnej tętnicy, z ewentualnem dodaniem (w przypadkach mieszanych) przecięcia i zeszycia nerwu kikuta.

W przypadkach nadwrażliwości na ból — przecięcie tylnych korzonków rdzenia lub pnia nerwu współczulnego.

Usypianie do operacji zapomocą mieszaniny eteru i dwutlenku węgla, podawanej aparatem Ombrédanne'a. (De l'anesthésie avec le mélange éther-acide carbonique donné au moyen de l'appareil d'Ombrédanne). Fruchaud — Gosset.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 18, czerwiec 1932.

Rzeczą ogólnie znaną i podnoszoną wielokrotnie przez fizjologów jest wpływ drażniący, tonizujący, wywierany przez dwutlenek węgla we krwi na ośrodek oddechowy. Dzięki temu swemu działaniu dwutlenek węgla stał się najpotężniejszą bronią w zwalczaniu zapaści oddechowej jakiegokolwiek pochodzenia. Poza tem ma on podnosić ciśnienie krwi tętniczej i chronić w ten sposób przed wstrząsem pooperacyjnym. Wychodząc z powyższego założenia, zaczęto dodawać CO_2 do środków, używanych do usypiania chorych.

Codzienne spostrzeżenia kliniczne pokazują, że chory, usypiany zwykłym aparatem Ombrédanne'a, ma do swej dyspozycji aż nadto wystarczającą ilość tlenu, tylko nie zawsze ma wystarczającą ilość dwutlenku węgla. Na początku narkozy ośrodek oddechowy bywa często zahamowany, w związku z tem chory oddycha zbyt powierzchownie i ulega zaduszaniu się (asphyxia), ponieważ wciąga do płuc zbyt małą ilość tlenu, z drugiej zaś strony — nie zasypia, ponieważ nie wchłania dostatecznej ilości eteru. Jeśli wówczas podać choremu większą ilość eteru przez przesunięcie wskazówki aparatu, to eter ten zalega w płucach, drażni śluzówkę, wzmaga jej wydzielanie i powoduje zatykanie światła oskrzelików śluzem, co jeszcze bardziej nasila objawy zamartwicy, a chory pomimo to nie zasypia. Ale wystarcza mu dodać w odpowiedniej chwili dwutlenku węgla ze specjalnego zbiornika, żeby zaczął oddychać głęboko i prawidłowo, a wchłaniając wówczas dostateczną ilość tlenu i eteru, zasypia spokojnie i szybko, bez drażnienia śluzówek i duszenia się. Autor spostrzegał tysiące usypianych w ten sposób chorych bez jakichkolwiek powikłań, przyczem ilość zużytego eteru była stosunkowo niewielka, a po operacji chorzy budzili się bardzo szybko. Powyższy sposób usypiania był stosowany u wszystkich chorych, za wyjątkiem: ssawców — którym z reguły podawano chloroform, chorych w stanie shocku — usypianych chlorkiem etylu (tylko do krótkich zabiegów), i za wyjątkiem zabiegów, wykonywanych w znieczuleniu miejscowem i przewodowem (czaszka, szyja, klatka piersiowa, żołądek, przepukliny, pęcherz moczowy i gruczoł krokowy).

U chorych z zapaleniem oskrzeli (zakatarzonych) i gruźlicą płuc, jeśli zachodziła konieczność uśpienia, stosowano przeważnie balsoform jako mniej drażniący drogi oddechowe.

Strona techniczna tego rodzaju usypiania przedstawia się bardzo prosto. Zmodyfikowana maska Ombrédanne'a posiada z boku wmontowaną rurkę metalową, na którą nasadza się rurkę gumową, prowadzącą do balonu, kauczukowego z dwutlenkiem węgla, mającego kształt poduszki. W odpowiednich chwilach, a zwłaszcza w początkowym okresie narkozy, narkotyzer ugniata rytmicznie zbiornik z CO_2, powodujący przez to przechodzenie tego gazu w większych ilościach do powietrza wdechanego przez maskę; odbija się to zaraz na oddechu chorego, który się wybitnie pogłębia i nasila. Z chwilą osiągnięcia głębokiego snu (zwykle przy użyciu niewielkich ilości eteru) dopływ CO_2 należy przerwać zupełnie.

Rozpoznawanie i leczenie zapalenia otrzewnej, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc. (Diagnostic et traitement de la peritonite à pneumocoques). Bréchot.

Revue de Médecine Nr. 2, luty 1932.

Istnieją dwie zasadnicze postacie pneumokokowego zapalenia otrzewnej: rozlana i ograniczona; początek jest mniej więcej jednakowy, różnica zaznacza się dopiero w dalszym przebiegu klinicznym. Cierpienie występuje w olbrzymiej większości u dziewczynek 5 — 10-letnich, ale poza tem spotyka się je w każdym wieku.

Początek bardzo ostry: gorączka 39°—40°, gwałtowne bóle brzucha, częste wymioty, biegunka i szybkie upośledzenie stanu ogólnego. Jeśli nie nastąpi zaraz (24—48 godzin) zejście śmiertelne, to objawy kliniczne nieznacznie przycichają i rozwija się jedna z postaci klinicznych, niżej wymienionych.

Postać umiejscowiona. Początkowe wymioty i biegunki ustają, gorączka ustala się na wysokości 38°—39°, ból umiejscawia się w okolicy podbrzusza, gdzie zjawiają się objawy ropnia ograniczonego; ropień taki, jeśli nie jest leczony operacyjnie, opróżnia się samoistnie nazewnątrz poprzez pępek. W mniej typowych przypadkach ropień umiejscawia się w okolicy podprzeponowej prawej, lewej, na talerzu biodrowym prawym i t. p. Po nacięciu operacyjnem ich ściany ropnie te goją się zwykle bez powikłań.

Postać rozlana. Szczególne trudności przedstawia różniczkowanie tej postaci od rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego lub kiszki; ze względu na te trudności w każdym niepewnym co do etjologji zapaleniu otrzewnej zaleca się wywiadowcze otwarcie jamy brzusznej. W odróżnieniu od innych, zapalenie otrzewnej pneumokokowe cechuje się: bólami brzucha bardziej rozlanemi, słabo umiejscowionemi (koło pępka), ewentualnie o zmiennem umiejscowieniu, biegunką (występuje w 65% przypadków), stosunkowo lepszym wyglądem chorego i lepszym stanem ogólnym, czasami obecnością opryszczki (herpes), innych ognisk pneumokokowych, (pleuro-pneumonia, pericarditis), szybko narastającem zwiększeniem liczby białych ciałek we krwi (30.000 — z tego 90% segmentowanych).

Postać rozlaną pneumokokowego zapalenia otrzewnej możnaby podzielić na 2 podgrupy: postać „septyczną" — z obecnością dwoinek we krwi i wysiękiem surowiczoropnym w otrzewnej, kończącą się szybko zejściem śmiertelnem, i postać ropną — o przebiegu nieco bardziej łagodnym i wysięku czysto ropnym (ropa gęsta żółtawo-zielonkawa), ale doprowadzająca w większości przypadków również do śmierci.

Leczenie w przypadkach zapalenia otrzewnej umiejscowionego polega na nacięciu

ściany ropnia, względnie ropni i sączkowaniu w sposób zwykły. W przypadkach rozlanego zapalenia — o ile tylko pneumokokowe tło cierpienia nie jest zupełnie pewne — wskazane jest zawsze próbne otwarcie jamy otrzewnowej w okolicy prawego talerza biodrowego, wykonane w znieczuleniu miejscowem, i przy braku wyraźnych zmian zapalnych ze strony wyrostka — zaszycie ściany brzusznej z pozostawieniem sączka gumowego. Prosty ten zabieg, nawet przy ciężkim stanie ogólnym chorego na pneumokokowe zapalenie otrzewnej, nie jest w stanie spowodować takie pogorszenie, któreby się mogło przyczynić do zejścia śmiertelnego.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej naświetlaniami rentgenowskiemi. (Traitement radiothérapique des tuberculoses locales). G u i l b e r t.

Revue de Médecine Nr. 2, luty 1932.

Naświetlania lecznicze promieniami Roentgena w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, obok swego działania wstrząsorodnego (proteinoterapja), wywierają również wpływ i odczyn swoisty ze strony zmienionych gruźliczo tkanek. Wszystkie składniki gruzełka: komórka olbrzymia, komórki nabłonkowate, zarodkowe — są bardzo wrażliwe na działanie promieni Roentgena; zbyt duża z punktu widzenia leczniczego dawka powoduje ich całkowite obumarcie i rozpad ropny tkanki, dawka zaś właściwa — niszczy tylko niektóre składniki komórki olbrzymiej, które, będąc wessane, działają jak autoszczepionka, a poza tem — przyśpiesza przekształcanie się komórek zarodkowych w fibroblasty i komórki dojrzałej tkanki łącznej (miejscowy odczyn obronny ustroju).

A więc działanie lecznicze naświetlań rentgenowskich polega tutaj na modyfikacji warunków miejscowych czyli podłoża, na którem rozwija się proces gruźliczy. Dlatego też technika tego rodzaju naświetlań jest trudna i wymaga daleko idącego indywidualizowania, a chorzy odnośni powinni być odpowiednio przygotowani (heljoterapja, kąpiele słone i inne środki, poprawiające stan ogólny chorych).

G r u ź l i c a g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h. Istnieją różne sposoby (pod względem technicznym) naświetlań, od dawek dużych (2 HED) do małych (¼ — ⅕ HED). Autor uważa już dawkę ½ HED za wygórowaną, która może wywołać niepotrzebnie w niejednym przypadku ropienie. U chorych już uprzednio wystąpił rozpad ropny ogniska gruczołowego, lepiej jest przed zastosowaniem naświetlań usunąć chirurgicznie obecne tutaj masy serowate, a naświetlania kontynuować po tem do chwili zupełnego zagojenia się przetok.

G r u ź l i c a k o s t n o - s t a w o w a. Do naświetlań nadają się zwłaszcza ogniska w małych kościach z rozległem zajęciem przez proces swoisty przyległych tkanek miękkich. Za najwłaściwszy sposób stosowania naświetlań uważa się podawanie dawek małych i z długiemi przerwami. Odstępstwa od tej zasady pociągają za sobą niebezpieczeństwo uogólnienia zakażenia swoistego i wywołania miejscowo niepożądanego rozpadu tkanek.

G r u ź l i c a n a r z ą d ó w p ł c i o w y c h. W przypadkach gruźlicy przydatków macicznych naświetlania rentgenowskie poza działaniem na samo ognisko gruźlicze, wywołują również czasową kastrację chorej, co jest z dużą korzyścią dla procesu gojenia ogniska swoistego. W gruźlicy najądrzy wskazane są miejscowo dawki małe z dużemi przerwami, uzupełnione naświetlaniami śledziony. To samo dotyczy owrzodzeń gruźliczych pęcherza moczowego, pozostałych po wycięciu zmienionej gruźliczo nerki.

G r u ź l i c a o t r z e w n e j. W postaciach wysiękowych (ascites) wynik leczniczy udaje się osiągnąć względnie szybko, w postaciach wytwórczych (zrostowych) — naświetlania rentgenowskie zwykle trzeba stosować bardzo długo.

Z i n n y c h u m i e j s c o w i e ń g r u ź l i c y — ani gruźlica trzew brzusznych (np. nerek, jelit), ani płuc nie daje wskazań do naświetlań miejscowych, jeśli nie liczyć naświetlań śledziony, które się stosuje zresztą w każdym przypadku gruźlicy chirurgicznej, jako uzupełnienie leczenia miejscowego.

Zapalenia zatoki szczęki górnej pochodzenia zębowego. (Sinusite maxillaire d'origine dentaire). R u p p e.

Paris Médical Nr. 15, kwiecień 1932.

Rozróżniać tutaj należy ze względów formalnych: właściwe zapalenie zatoki szczękowej, ze zmianami zapalnemi ze strony śluzówki zatoki (s i n u s i t i s) — od ropniaka zatoki, w którym śluzówka ta żadnych zmian zapalnych nie wykazuje (e m p y e m a s i n u s, p y o s i n u s).

Ze szczegółów anatomicznych należy pamiętać o ścisłym związku zatoki Highmora przedewszystkiem z korzeniami I i II zęba trzonowego, a następnie — z korzeniami obu przedtrzonowców, zęba mądrości i kła. Otwór zatoki szczękowej, prowadzący do środkowego przewodu nosowego, jest wąski i stosunkowo do dna zatoki wysoko umiejscowiony, co tłumaczy łatwość zalegania ropy w zatoce.

E t j o l o g j a. Do zapalenia zatoki przychodzi zwykle naskutek zakażenia, drążącego od strony zębodołu. Punktem wyjścia zakażenia bywa najczęściej r o p i e ń l u b z i a r n i n i a k z a p a l n y p r z y s z c z y c i e k o r z e n i a z ę b o w e g o („apicitis"), czynnikiem zaś wywołującym — otwarcie zatoki w związku z wyrwaniem zęba lub przemieszczenie się kawałka korzenia do światła zatoki w czasie jego usuwania. Zresztą, zakażenie z zębodołu może przejść na zatokę i bez żadnego urazu, poprostu per continguitatem, dając obraz bądź to r o z l a n e g o z a p a l e n i a k o ś c i, p o w i k ł a n e g o r o p n i a k i e m z a t o k i — postać stosunkowo najcięższa (odpowiednik zapalenia szpiku kostnego szczęki dolnej), bądź to r o p n i a k a z a t o k i n a s k u t e k o g r a n i c z o n e g o z a p a l e n i a z a t o k i (wytwórczego).

Otwarcie zatoki przy wyjmowaniu zęba nie jest zasadniczo tak groźne, o ile tylko przez niepotrzebne przepłókiwania tego miejsca nie wprowadzi się zakażenia głębiej.

Zapalenia zatok spotyka się dopiero po 7. roku życia, do 20. roku bywa ono zwykle pochodzenia nosowego, u dorosłych zaś jednakowo często widuje się zapalenia pochodzenia zębowego, co i nosowego.

O b r a z k l i n i c z n y i r o z p o z n a w a n i e. W przebiegu klinicznym postaci ostrej

zwraca uwagę nagłe ustąpienie bólów i gorączki z chwilą wydzielenia się przez nos dużych ilości cuchnącej ropy; w postaci zaś przewlekłej — długo trwający i bardzo uporczywy wyciek ropny z nosa (z jednej dziurki, silnie cuchnący), względnie powstanie przetoki ropnej w miejscu zębodołu chorego, poniżej oczodołu, lub poniżej łuku policzkowego.

Przebieg kliniczny może być powikłany: obecnością wyrośli zapalnych przewodu nosowego środkowego (polyposis), zapaleniem kości dna oczodołu, ropowicą oczodołu, nagłym i przejściowym obrzękiem tkanek oczodołu; inne powikłania bywają znacznie rzadsze.

Cenne wskazówki rozpoznawcze daje wziernikowanie nosa od przodu (obecność ropy w otworze, prowadzącym do zatoki, i obecność wyrośli polipowatych), od strony jamy ustnej — (w ciemnym pokoju) i prześwietlenie rentgenowskie. W przypadkach ostrych różniczkować należy od zapalenia zatoki pochodzenia nosowego, w przewlekłych — od zwykłego zapalenia kości szczęki pochodzenia zębowego, od raka zatoki, kiły i gruźlicy (dwie ostatnie ewentualności są rzadkie).

L e c z e n i e. W przypadkach ostrego ropniaka wskazane jest wyrwanie chorego zęba (bez następowego przemywania zatoki przez zębodół), w razie utrzymywania się ropienia — przemywanie od strony nosa, a jeśli to nie skutkuje — operacja doszczętna. Ta ostatnia polega na przedostaniu się do zatoki poprzez przednią jej ścianę od strony przedsionka ust (Desault), lub poprzez przyśrodkową — od strony nosa (Calwell, Luc), na wyskrobaniu ostrą łyżką jej zawartości i rozległem sączkowaniu do ust lub nosa.

W przypadkach przewlekłego zapalenia zatoki — postępowanie zasadniczo takie samo, jak w przypadkach ostrych; tam, gdzie są już przetoki lub inne objawy zapalenia kości, wskazana będzie odrazu operacja doszczętna.

Przemieszczone do światła zatoki kawałki korzenia pozostawia się narazie w spokoju, jeśli wystąpi ropienie — operacja doszczętna.

Leczenie przetok jest nagół niepewne i trudne, stosunkowo najlepsze jeszcze wyniki daje leczenie przetok powyżej zębodołowych (podoczodołowych i poniżej jarzmowych). Zabiegiem wstępnym jest operacja doszczętna, a dopiero po zupełnem ustaniu ropienia można próbować dodatkowo plastyki śluzówkowej. Przyczyną powstania przetoki po operacji doszczętnej bywa albo niezupełne wyłyżeczkowanie jamy zatoki, albo też niedostateczne sączkowanie do jamy nosa.

Niektórzy chirurdzy zalecają w przypadkach niepoddających się leczeniu przetok zębodołowych wycięcie zewnętrznej ściany chorego zębodołu.

Usztywnienie pozastawowe stawu biodrowego w przypadkach przewlekłego zapalenia. (Arthrite chronique de la hanche. Arthrodèse extra-articulaire par greffon tibial). L a s s e r r e.

Archives Franco-Belges de Chirurgie Nr. 1, styczeń 1932.

Istnieje cały szereg przypadków przewlekłego zapalenia stawu biodrowego o różnorodnem tle, w których leczenie fizykalno-farmakologiczne nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia; pozostały pewne dolegliwości, z któremi chory nie może się pogodzić. Przyczem nie chodzi tutaj najczęściej o wadliwe statycznie ustawienie kończyny, ani też o ograniczenie ruchów w stawie; ból w okolicy stawu (pachwina, mięśnie przywodzące) jest tym czynnikiem, który zmusza chorego do szukania ulgi na drodze operacyjnej, a chirurgowi — daje wskazanie do operacji. Ból ten bywa czasami taki silny i uporczywy, że uniemożliwia choremu chodzenie i nawet sen. Ból ten zwykle zostaje wywołany przez jakiś drobny nieraz ruch w stawie (np. skręcenie), ale może być i samoistny. W przypadkach odnośnych zwykle zesztywnienie w stawie jest niezupełne i pozwala na wykonywanie pewnych niewielkich ruchów, będących właśnie punktem wyjścia owej bolesności.

Przed zakwalifikowaniem chorego do operacji zawsze należy uprzednio spróbować leczenia ortopedycznego: unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym od miednicy do stopy, w ustawieniu prawidłowem; zaznaczyć tu należy, że przykurczenie w stawie biodrowym w zgięciu i nieznacznem przywiedzeniu bywa zupełnie dobrze znoszone przez chorych (nawet przy chodzeniu), czego nie można powiedzieć np. o przykurczeniu w całkowitem względnie nadmiernem wyprostowaniu. Jeśli, jednakże, powyższe leczenie ortopedyczne do celu nie doprowadzi i nie zabezpieczy choremu możliwych warunków poruszania się, nie należy zwlekać z zaleceniem operacji, która będzie polegała na p o z a s t a w o w e m usztywnieniu stawu biodrowego (arthrodesis). Usztywnienia wewnątrzstawowe są znacznie mniej pewne w swych skutkach, gdyż nawrót wadliwego ustawienia i bólów dają w dużej odsetce (do 75%). Jeśli krętarz duży został przemieszczony w przebiegu choroby do samego talerza, zabieg będzie polegał tylko na okrwawieniu szczytu krętarza i przesunięciu go pod blaszkę kostną, odszczepioną od zewnętrznej powierzchni talerza biodrowego. Jeśli krętarz przy operacji okaże się w niedużej odległości od talerza, oddłutowuje się od zewnętrznej powierzchni talerza mostek kostny, odchyla się go do boku i umocowuje pod czasowo odpiłowanym krętarzem. Jeśli, wreszcie, krętarz jest daleko od talerza, łączy się go z nim zapomocą jednej lub dwu listewek kostnych, pobranych z kości goleniowej, opierających się z jednej strony o zewnątrzną powierzchnię talerza tuż powyżej stawu, z drugiej — o dolnowewnętrzną stronę krętarza *(Albee)*. Unieruchomienie pooperacyjne kończyny w opatrunku gipsowym trwa sześć miesięcy; w 3 miesiące po operacji chory zaczyna chodzić w gipsie.

Wyniki lecznicze po tego rodzaju operacji są nagół bardzo dobre, staw ulega zupełnemu i trwałemu zesztywnieniu i przestaje być dla chorego źródłem wiecznych dolegliwości, a chory ma umożliwione poruszanie się i nawet powrót do pracy fizycznej.

Rozważania na temat zespołu chorobowego Pellegrini-Stieda. (A propos du syndrome de Pellegrini-Stieda. Considerations biologiques et thérapeutique sur les traumatismes fermés periarticulaires). P e t r i g n a n i.

Archives Franco-Belges de Chirurgie Nr. 1, styczeń 1932.

Cierpienie powyższe charakteryzuje się obecnością wyrośli kostnych w okolicy kłykcia wewnętrznego kości udowej, powstałych w następ-

stwie urazu, i właściwie nie stanowi jakiejś zupełnie odrębnej jednostki chorobowej, gdyż mieści się całkowicie w ramach pourazowych zaburzeń naczynioruchowych według koncepcji *R. Leriche'a* („uraz naczyniowy"). Każdy uraz, według tego autora, wywołuje mniej lub dłużej trwające rozszerzenie porażenne naczyń okolicy, uległej urazowi. Dotyczy to wszelkich tkanek żywych, ale w pierwszym rzędzie — tkanek przystawowych (kości, więzadła, torebka stawowa), jako szczególnie bogato wyposażonych w nerwy współczulne. Owym urazem naczyniowym tłumaczy się długo nieraz trwające (tygodniami, miesiącami), zaczerwienienie skóry w miejscu urazu i podwyższenie miejscowe ciepłoty ciała. Na tkankę kostną takie długotrwałe przekrwienie działa w sposób swoisty, a mianowicie—wywołuje jej rozrzedzenie, przyczem wypłókane z kości sole wapniowe przechodzą do krwiobiegu i albo zostają wydalone zupełnie z ustroju, albo też odkładają w najbliższem sąsiedztwie rozrzedzonej kości (okostna, więzadła, torebka stawowa, mięśnie); odkładaniu się soli wapniowych w ognisku urazowem sprzyjają powstałe po urazie zmiany w znajdującej się tutaj tkance łącznej — obrzęki i martwice ograniczone i przekształcanie komórek tkankołącznowych w komórki typu zarodkowego. Pewną rolę grają tutaj również czynniki, decydujące o usposobieniu chorego do zwapnień przystawowych, jako to: przesunięcie równowagi jonów tkankowych w stronę kwaśną, nadczynność przytarczyc i t. p.

Przy sposobności podkreślić tu należy szkodliwy wpływ, jaki wywiera miesienie w tego rodzaju przypadkach; przez powodowanie coraz to nowych mikrourazów podtrzymuje, z jednej strony, przekrwienie miejscowe, z drugiej zaś — stwarza stale nowe ogniska dla odkładania się soli wapniowych. Z tego też względu należy zaniechać miesienia w każdym poważniejszym przypadku urazu stawu (wykręcenie, złamanie, stłuczenie), a zwłaszcza stawu kolanowego, szczególnie predysponowanego do wszelkich zwapnień przystawowych. Właściwe leczenie odnośnych przypadków będzie polegało na wstrzyknięciu do ogniska roztworu nowokainy (ma ono na celu zniesienie odruchu współczulnego i niedopuszczenie do trwałego przekrwienia), na dokładnem i dłużej trwającem unieruchomieniu kończyny i na elektryzacji mięśni. Jeśli wykonane po paru tygodniach zdjęcie rentgenowskie wykaże pomimo wszystko wyraźne odwapnienie kości, to należy zastosować parokrotne naświetlenie rentgenowskie okolicy urazu w celach leczniczych (zniszczenie komórek typu zarodkowego chroni do pewnego stopnia przed powstaniem zwapnień nieprawidłowych).

Leczenie zwapnień i wyrośli kostnych już wykształconych polega prawie wyłącznie na usunięciu ich operacyjnem. Przed zakwalifikowaniem chorego takiego do operacji można próbować jeszcze nagrzewań (gorące powietrze, diatermja), ale te ostatnie rzadko sprowadzają poprawę. Naświetlania rentgenowskie na wykształcone wyrośla nie działają wcale. Operacja zaś (pomimo swą pozorną nielogiczność: nowy uraz) z reguły daje zupełne wyleczenie, względnie dużą poprawę, przynajmniej jeśli chodzi o staw kolanowy.

M. Czyżewski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Przyczynek do badań nad gruźlicą zatok nosowych. (Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face). Vernieuwe.

Revue de laryngologie, d'otolog.... T. 52. 1931. Nr. 5.

Studjum to daje bardzo rozległy pogląd na dziedzinę patologji stojącą naogół na uboczu zainteresowań. Nawet bardzo specjalistyczne monografje o zatokach nosa zbywają tę sprawę krótką wzmianką. I tak *Hajek* w swojem standardowem dziele pisze tylko „Gruźlica szczęki górnej i śluzówki zatok jest b. rzadką", a *Zerniko:* „Gruźlica zatok należy niewątpliwie do rzadkości" i t. p. Tembardziej praca ta musi zaciekawić, zwłaszcza że i autor sam ma na podstawie własnych badań o tem coś do powiedzenia. Z pracy okazuje się, że twierdzenie wyżej przytoczone przy głębszej analizie nie wytrzymuje krytyki. Trudno w referacie przytoczyć bogaty materjał indukcyjny, ograniczymy się do wniosków autora. Brzmią one następująco: 1) Sinusitis tbc. acuta jest cierpieniem mało częstem. 2) Sinusitis tbc chronica jest znacznie częstsze niż się ogólnie przyjmuje i bywa często zapoznawaną. 3) Należy przejąć się myślą, że Sinusitis tbc stwierdza się w innych wypadkach niż tbc pulmonum. O ile rozpoznanie ściśle naukowe opiera się na stwierdzeniu prątka *Kocha* w ropie lub komórkach olbrzymich tkanek chorej zatoki, rozpoznanie klinicznie oprzeć się musi na objawach prawdopodobnych: miejscowych i ogólnych, wczesnych i późnych, pobudzających klinicystę do przedsięwzięcia badań laboratoryjnych. Tymi objawami będą: ziarnina, przetoki wielokrotne, gruczoły sąsiednie powiększone, typ rozwoju choroby i t. d. 5) Przewlekła gruźlica zatok, w szczególności szczękowej, tylko wyjątkowo rozwija się per contiguitatem z gruźliczych zmian w sąsiedztwie. Gruźlicę dróg łzowych jako punkt wyjścia, zdaje się, można wykluczyć (*Rollet* i *Colrot* oparli swoje twierdzenie na tysiącu operowanych woreczków łzowych), Jama nosowa tylko rzadko wchodzi w rachubę, zęby — niekiedy, dziąsła i zatoka wyrostkowo-zębowa (rebord alvéolo - dentaire) znacznie częściej. Zakażenie gruźlicze przenosi się dużo częściej do zatok przez ogólny krwiobieg. Dlatego też gruźlica zatok jest przeważnie gruźlicą pierwotną, a nie zakażeniem następowem preekzystującej sinusitis nieswoistej. 6) Gruźlica zatok podlega bardzo często wyleczeniu jużto samoistnemu, jużto drogą wczesnej operacji, możliwie doszczętnej. 7) Gruźlica płucna jest często następstwem gruźlicy przewlekłej zatok. 8) Niektóre formy gruźlicy zatok są klinicznie podobne do nowotworów złośliwych tej okolicy. 9) Dobrze pojęta profilaktyka przeciwgruźlicza musi również uwzględnić sinusitis chronica, podobnie jak to już uznano odnośnie do otitis chronica purulenta.

O obwodowych porażeniach krtani. Stan neurolaryngologiczny sprawy. (Les paralysies laryngées peripheriques. Etat neuro-laryngologique de la question). Terracol J.

j. w. Nr. 7 i Nr. 8.

Praca zawiera liczne cenne impulsy dla laryn-

gologa internisty, chirurga i neurologa i obejmuje z ogromną znajomością rzeczy całokształt zagadnienia w rzucie historycznym. Główną osią jest, oczywiście, sławne prawo *Semona-Rosenbacha*, dzielące porażenia nerwu powrotnego na zupełne: z ustawieniem strun nieruchomem w pozycji pośredniej (Kadaverstellung) — i niezupełne: z przewagą czynnościową adductorów i ustawieniem strun przyśrodkowem (Medianstellung). Przegląd całokształtu ogromnego piśmiennictwa na ten temat doprowadza po czasowem radykalnem odrzuceniu tego prawa do stanowiska kompromisowego: Porażenie dylatatorów głośni (Posticilähmung) zachodzi tylko w niektórych wypadkach, a mianowicie, gdy struny ustawione blisko linji środkowej (paramedian), są respiracyjnie, czyli abdukcyjnie nieruchome, zaś fonacyjnie, czyli addukcyjnie ruchome. Przypadki te, — odpowiadające mniej więcej podanemu jeszcze w r. 1863, a zatem 17 lat przed publikacją *Semona* — zespołowi *Gerhardta*, — są jednak stosunkowo rzadkie i co więcej, są może porażeniami nie zawsze obwodowemi, a opuszkowemi (poliencephalitis partialis nuclei ambigui). Wszelkie inne porażenia głośni, bez względu na ustawienie strun, należy uważać za porażenia całkowite całego nerwu powrotnego, o ile struny są nieruchome. Wypadki z silną addukcją (stałą), — owe groźne przypadki z ciężką dusznością, gdy są obustronne — można uważać za kombinację całkowitego porażenia z kontrakturami, a odnośni autorzy widzą w tej kombinacji zjawisko spostrzegane w innych okolicach ciała we wszystkich dziedzinach neurologji (tabes, itd.).

Dlaczego w jednych przypadkach ustawienie strun przy porażeniu n. powrotnego jest inne niż u drugich, tego przyczyny, w szczegółach nieznanej, należy szukać w rodzaju działającego czynnika, zdaje się zawsze toksycznego. Za taki bowiem uważają autor i inni, czynnik działający nie tylko przy nowotworach, zmianach tarczycy, ale i przy tętniakach aorty. Za tem przemawia nagłe zazwyczaj występywanie porażenia: „ictus laryngoplegicus".

Zależnie od tego ustawienia strun rozróżnimy zasadniczo dwa typy porażeń: afoniczny i dysphoiczny. Przy pierwszym (zespół *Ziemssena*) struny są niejako zakrzepłe w szerokiem rozwarciu (gdy porażenie jest obustronne), oddech jest wolny, bezgłos zupełny, powietrze wylewa się bez większego ciśnienia, z płuc i oskrzeli przez ziejącą krtań, ochrona przed aspiracją przez zwieracz krtaniowy, jest całkiem niemożliwe.

W drugim wypadku grozi uduszenie, struny domykają stale, głos jest nienaruszony.

Ciekawemi są ostatnie wyniki eksperymentalne (*Truffert* — 1927), według których działanie dylatacyjne głośni ma nietylko m.: cricothyr. posterior (m. posticus), lecz także m. interarytaenoideus transversus i nie bez znaczenia są także sąsiednie mięśnie gardzielowe. Odwrotnie znów z pewnych doświadczeń, a nawet wyników leczniczych widać, że sprawa zwieraczy nie jest też tak prosta. I tak *Martens, Killian, Wagner* i inni osiągnęli w dyspnoicznej formie porażeń dobre wyniki, przecinając ramus externus n. lar sup, unerwiający musc. crico-thyreoideus. Jak wiadomo mięśniowi temu przypisuje się na ogół tylko funkcję napinania strun; porównano jego czynność z naciskiem palca na strunę skrzypiec przed pociągnięciem smyczka. A jednak zabieg wspomniany umożliwiał dekaniulację, a struny z położenia addukcyjnego przechodziły w położenie pośrednie, umożliwiające oddechanie. Wyniki te były jednak poprzedzone doświadczeniami fizjologicznemi na zwierzęciu. Widzimy tu na pięknym przykładzie wpływ ścisłego eksperymentu na medycynę praktyczną.

Praca zawiera zbiór bogaty spostrzeżeń nad anatomią obu nerwów krtaniowych, górnego, mięszanego, i dolnego przeważająco ruchowego; omówione jest fizjologiczne znaczenie ansa Galeni, przeprowadzającej włókna czuciowe z nerwu dolnego na drogi czuciowe górnego n. krtaniowego. Omówione są związki unerwienia krtani, czuciowo-ruchowego z unerwieniem wegetatywnem i odnośne doświadczenia na zwierzętach. Wreszcie podana jest ciekawa symptomatologja porażenia n. laryng. s u p e r i o r i djagnostyka różniczkowa schorzeń pnia n. błędnego na różnych odcinkach jego od foramen jugulare aż poniżej odejścia nerwu powrotnego, w której szczegóły tu wchodzić nie możemy.

Leczenie neuralgji twarzowych, zawrotów i szumu prądami „elektroanestetycznymi" według Araya. (Traitement des nevralgies faciales, des vertiges et des bourdonnements par les courants electroanesthetiques d'Araya). W o r m s G. i R a t c o n J.

j. w. Nr. 10.

Autorzy zastosowywali w ciągu 2 lat aparat elektryczny, który podał *Araya*. Czem jest ten aparat? Jest to zasilana stosem galwanicznym cewka indukcyjna ze zwykłym przerywaczem Morsego, której prąd wtórny, mający włączony miliampermeter dochodzi jednym drutem rozwidlonym do dwóch elektrod pozytywnych, drugim podobnie do dwóch elektrod negatywnych. Wszystkie te elektrody umieszczone są na jednej płycie. Pozatem widać w konstrukcji (na szemacie) jakieś połączenia między prądem pierwotnym i wtórnym „(jonction des circuits primaires et secondaires). Otóż konstrukcja tych elektrod (w sposób trudno zrozumiały referentowi (zdaje się, że rozchodzi się tu o odwracanie prądu), ma być taka, że w rezultacie powstaje prąd o jednym kierunku lecz zmiennem napięciu. Wedle spostrzeżeń konstruktora po zaaplikowaniu tych elektrod w odpowiednich miejscach skóry chorego ma powstawać między elektrodami w tkankach t r z e c i prąd indukowany. Miejsca te muszą być tak wybrane, aby odpowiadały zachodzącej w tkankach zdolności jednostronnego przewodnictwa; w przeciwnym bowiem razie prąd trzeciorzędny zostaje zgaszonym (arrêté). Według pana *Araya* mianowicie krąży stale jakiś prąd, zwany przez niego „un flux nerveux" w organiźmie od okolicy potylicznej do czołowej, a stąd do kończyn. W wypadkach gdy ten prąd ulegnie zaburzeniu, wówczas prąd trzeciorzędny aparatu przywrodza go do porządku, a równocześnie ustępują dolegliwości złączone z zaburzeniem. Tej oryginalnej koncepcji nie przytaczałbym tutaj, gdyby pozatem nie stał autorytet *Wormsa*, który upewnia o osiągniętych wynikach leczniczych i który, nie bez słuszności, wychodzi z założenia, że wobec zawodności znanych metod terapji uporczywych form

neuralgji twarzowych, szumów w uszach i zawrotów, każdy nowy środek przyrzekający ulgę w tych cierpieniach musi być poddany zbadaniu. Autorowi możnaby zarzucić, że zajmuje się leczeniem symptomu bez względu na etiologię, co więcej szeregu symptomów wybitnie różnorodnych — jedną wspólną i teoretycznie dość problematyczną metodą. Przyłączmy się jednak, akceptując z pominięciem teorji wszelki empiryzm — do wymienionego wyżej założenia autora i przypatrzmy się osiągniętym wynikom. Autor podaje szereg przypadków bardzo uporczywych, na których wyczerpały poważne autorytety lekarskie cały arsenał leczniczy bezskutecznie, jak adrenalina, neopankarpina, galwanizacja, jonizacja, rentgenoterapia, injekcje alkoholu (przy neuralgjach) itd.

We wszystkich wypadkach, po kilku czasem, przeważnie po kilkudziesięciu, niekiedy dopiero po 20 posiedzeniach następowała poprawa lub wyleczenie. Najczęściej wystarcza koło 20 posiedzeń, z tem, że zazwyczaj pierwsze posiedzenia przynoszą przejściowe zaostrzenie się symptomów. Co do techniki, to polega ona na przyłożeniu płyty z elektrodami na okolicę potyliczną, lub jarzmową, podkładając skórę giemzy na zwilżoną skórę i stopniowo prąd wzmacniając. Pacjent czuje z początku mrowienie w miejscu aplikacji, które stopniowo rozchodzi się po całej głowie. W wypadkach leczniczo korzystnych, mrowienie to, zwłaszcza po szeregu posiedzeń, obejmuje także podczas aplikacji kończyny.

Ephedryna a znieczulenie. (Ephédrine et anesthesie). Guns i Heymans.

j. w. Nr. 12.

Na podstawie szeregu prób przy operacjach podśluzowej resekcji przegrody nosowej autorzy dochodzą do wniosku, że ephedryna i efetonina jako dodatek anemizujący do znieczulającego roztworu nowokainy, mający zastąpić adrenalinę — są zupełnie bezwartościowe, bez względu na ilość dodatku ephedryny wzgl. efetoniny.

Skurcz naczyniowy błędnikowy. (L'Angiospasme labyrintique). Portmann G.

Revue de laryngologie, d'otol... T. 12. 1931. Nr. 15—16.

Autor opisuje przypadek, który zalicza do t. zw. zespołu *Larmoyez'a*. Zespół ten ma być pewnego rodzaju antytezą zespołu *Méniera*. W chorobie Méniera mamy do czynienia z zawrotami głowy napadowymi, po których zjawia się przytępienie słuchu. Przytępienie to utrzymuje się, a po szeregu napadów coraz wzrasta; w zespole *Larmoyez* zjawiają się subjektywne sensacje słuchowe, jak szum w uszach it.p. i równocześnie występuje niemal zupełna głuchota i po kilku godzinach występują nagle silne zawroty głowy, a po nich słuch powraca do normy. *Larmoyez* dopatruje się w zespole swym mechanizmu identycznego rodzaju antytezą zespołu *Méniera*. W choczyniowy w tym wypadku dotyczy nie kończyn, lecz błędnika. W zespole Raynauda po okresie skurczu występuje nagle zwolnienie skurczu, palce z bladych stają się sine, potem czerwone i ciepłe, występuje mrowienie, czasem bóle, poczem powrót do normy. Antyteza *Ménier-Larmoyez* szwankuje o tyle, że zespół Méniera jest ciągle jeszcze przedmiotem dyskusji i nie da się, na razie, ująć w jeden szemat ani fizyopatologiczny, ani kliniczny, w każdym razie zaburzenia naczynioruchowe wysuwają się coraz bardziej na plan pierwszy. Wedle poglądów nowoczesnych dopatrzymy się tedy dla obu zespołów w zaburzeniach równowagi układu wago-sympatycznego. Czy w zespole *Larmoyez'a* mamy widzieć działanie bezpośrednie tego układu na naczynia czy też za pośrednictwem układu hormonalnego, wywołującego nadczynność nadnerczową, musi pozostać nierozstrzygnięte. W przypadku *Portmanna* zachodziły poszlaki przebytej i utajonej kiły, która też udział pewno miała w ischemicznych napadach naczynioruchowych.

Leczenie przewlekłych spraw ropnych sklepienia jamy bębenkowej drogą „aërotermo-cupro-insufflacja". (Traitement des atticites chroniques par l'aëro-thermo-cupro-insufflation). Kerangal Y.

j. w. Nr. 20.

Znaczenie przypisywane przez autora omawianej metodzie leczniczej uwypukla się w fakcie, iż autor, który dawniej co roku operował doszczętnie, szereg przypadków przewlekłych spraw ropnych sklepienia jamy bębenkowej (p. s. r. s. j. b.), mógł, jak twierdzi, od czasu stosowania swej metody zaniechać zupełnie zabiegów operacyjnych. Spostrzeżenia autora dotyczą 42 przypadków. Z opisu autora wynika, że autor bierze pod uwagę nietylko perlaki (cholesteatomate), ale i przeróżne inne cierpienia ropne s. j. b.

Wstępem do leczenia jest oczyszczenie s. j. b. odpowiednim kątowym watotrzymaczem, ewentualnie ostrą łyżeczką w razie obecności polipów, czasem z następowem zajodynowaniem s. j. b.

Właściwa metoda polega na wprowadzeniu specjalnego przyrządu w najbliższe sąsiedztwo s. j. b., lub do niej samej; na końcu przyrządu, który jest z miedzi, umieszczony jest malutki tamponik napojony alkoholem. Zapala się go. Przyrządzik miedziany, wewnątrz pusty, jest połączony z balonikiem, który równocześnie wprawia się w ruch ręką w rodzaju miecha. Wskutek tego płomień nabiera odpowiedniej temperatury, a z wylotu jego dobywa się gaz o temperaturze, jak podaje autor, koło 40° do 47°, nasycony jonami czynnymi miedzi. Tę procedurę stosuje się 1 do 1½ minuty. Ilość posiedzeń, stosowanych co parę dni, wynosiła zwykle 3, nie przekraczała nigdy 7-u. Zdaniem autora nie tylko miedź, ale i inne metale w stanie czynnym, jak złoto, srebro, cynk wchodzą w rachubę jako czynnik leczniczy. Dlatego też, jeżeli aörotermo-cuproterapia na materjale autora wykazała znakomite rezultaty, to szerzej pojęta aero-termo-metalloterapia jest dziedziną o dużym zakresie możliwości terapeutycznych, nietylko w otologji.

O stosowaniu wysuszonego i sproszkowanego mięśnia ptasiego jako środka przeciwkrwotocznego. (De l'emploi du muscle desséché et pulvérisé comme agent d'hemostase). Van Nieuwenhuyse.

j. w. Nr. 23.

Najprzód parę słów teorji: W obecności wapna powstaje u ssaków w szczególnych warunkach (krew patologiczna lub wynaczyniona, zmiany w

ścianach naczyniowych, i t. d.), z cytozymu płytek *Bizzozera* i z serozymu osocza krwi — trombina, która łączy się z rozpuszczonym również w osoczu fibrynogenem na włóknik (fibrynę), dający początek skrzepowi jako czynnikowi hemostazy. Otóż w przeciwieństwie do ssaków zarówno serozym, jak cytozym znachodzi się u ptaków bardzo obficie w różnych stałych tkankach, a zwłaszcza w mięśniach. Gdy więc jednego z tych istotnych czynników krzepnięcia brakuje krwi patologicznej i wskutek tego krwotok nie chce stanąć, wówczas możemy czynniki te doprowadzić sztucznie z tkanką mięsną ptaków (według znanych doświadczeń chirurgów z tamowaniem krwotoków miąższowych np. wątroby, opon, przy pomocy świeżego mięśni pacjenta samego — zdaje się, jakoby i mięśnie ssaków mogły podpadać pod powyższą teorję substytucyjną. Ref.). Autor podaje szczegółowo metodę aseptycznego sporządzania sproszkowanego mięśnia, który suszy się w ekssikatorze, miażdży w moździerzu a przed stosowaniem zwilża na papkę. Przy pomocy metody *(Duke'a)* badania czasu krwawienia można z łatwością wykazać hemostatyczne działanie proszku. Z zastosowań w otorhinologji autor wylicza operację zatoki szczękowej *Luc-Caldwella*, operację na wyrostku sutkowym i epistaxis.

Systematyczne badanie krtani w gruźlicy płuc. (L'examen systématique du larynx chez les Tuberculeux pulmonaires). Retrouvey H.

j. w. Nr. 24.

Nawiązując do pracy *Fontan'a* i *Despons'a*, którzy podkreślają znaczenie badania nosa i jamy noso-gardlowej w gruźlicy płuc, autor wykazuje wybitne znaczenie systematycznego badania krtani dla racjonalnego postępowania wobec gruźliczych i podejrzanych o gruźlicę. Opieranie się na objawach subjektywnych pacjenta jest absolutnie niewystarczające. Należy uprzytomnić sobie, że krtań ma szereg zgoła różnych funkcji. I. Funkcje odcinka rury oddechowej. Zaburzenie tej funkcji, jako objaw późny ma dla wczesnego rozpoznania t. b. c. laryngis małe znaczenie. II. Funkcja zwieraczowa krtani. W tej funkcji odnaleźć można dwie składowe: czuciową i motoryczną, odruchowo-obronną. Zaburzenie drugiej składowej oznaczałoby tendencję zachłystową. Zaburzenie to ma w symptomatologji wczesnego rozpoznania t. b. c. lanryngis również małe znaczenie. Zaburzenia czucia mogą się subjektywnie tylko wtedy uwydatnić, gdy wyrażają się wzmożoną wrażliwością, czyli bólem. Ból ten, występujący przeważnie pod formą dysfagji jest również częściej objawem późnym, a rzadziej wynikiem erozji lub owrzodzeń na wczesnych naciekach, lub w następstwie wczesnych prodromalnych stanów przekrwienia natury swoistej. Pozostaje liczny szereg daleko nawet posuniętych zmian, przebiegających przy zupełnym braku dolegliwości ze strony pacjenta, czyli subjektywnie w sposób utajony. Wreszcie ostatnią, a w naszem pojęciu codziennem najważniejszą funkcją jest funkcja fonacyjna. Zaburzenie tej funkcji występuje, zwłaszcza wcześnie, jedynie przy specjalnem umiejscowieniu zmian gruźliczych, podobnie jak i w kierunku wczesnych objawów bólu, są decydujące pewne lokalizacje. Zdając tedy wskazanie do laryngologicznego badania gruźliczych lub podejrzanych o gruźlicę na ich objawy subjektywne, popełnimy liczne brzemienne w skutki przeoczenia, ze szkodą zarówno dla należytej oceny prognostycznej schorzenia, gdyż zmiany krtaniowe wykazują daleko idącą równoległość ze zmianami płucnemi, jakoteż dla wczesnego miejscowego leczenia ewentualnych zmian.

Systematyczne badanie umożliwi często rozstrzygnięcie narazie nieuchwytnych podejrzeń na poczynającą się gruźlicę, gdy badanie fizykalne i rentgenologiczne płuc i gruczołów wnękowych wypada ujemnie. Wreszcie możemy niekiedy wykryć pozornie, lub rzeczywiście, pierwotne umiejscowienie gruźlicy krtani, poddając ją wczesnym badaniom. Drogi nosowe, krtani i płuca stanowią pod względem rozwoju gruźlicy jedność nierozerwalną i wymagają wszystkie równie bacznej uwagi, przy współpracy phthisiologa i laryngologa.

A. Schwarzbart
(Kraków).

CHOROBY NERWOWE.

O leczenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia. (Sur le traitement de la sclérose en plaque). D. Paulian.

Paris médical, 1932 n. 7, str. 145.

Leczenie rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia zasadza się na stosowaniu naświetlań promieniami rentgena i vaccinoterapji.

Rdzeń ma być naświetlany promieniami skrzyżowanymi, dawką 300 R. na skórę na seans. Dla mózgu należy użyć jak największej liczby punktów wejścia, dając tę samą dawkę 300 R. na skórę na posiedzenie, lecz tylko w przypadkach z objawami mózgowymi.

Równocześnie stosuje się szczepionkę dożylnie celem otrzymania odczynu umiarkowanego. Szczepionka tyfusowa i vaccineurina dają za silne odczyny, o ile stosować je dożylnie. Zwłaszcza neuroyatren okazał się odpowiedni w dawkach coraz większych (od 0,5 do 3 cm^3) z dodatkiem chlorku wapnia, lub kakodylatu sodu. Liczba zastrzyków waha się od 18 do 30. Po przerwie 1 — 2 miesięcznej powtórzyć leczenie.

Po skończeniu naświetlań rentgenem autor stosuje codzienną poprzeczną jonizację wapniem rdzenia kręgowego, a później jonizację jodową.

Nawet w przypadkach posuniętych występuje znaczna poprawa, w okresach początkowych wyleczenie całkowite.

Zespół Klippela - Feila i kurczowe porażenie wszystkich czterech kończyn. Przewlekłe połowicze porażenie wstępujące rdzeniowe o niezwykłej etjologji. (Syndrome de Klippel-Feil avec quadriplégie spasmodique. Variété étiologique particulière de l'hémiplégie spinale ascendante chronique). G. Guillain i P. Mollaret.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 4, str. 436.

Opis kliniczny chorego, który przedstawiał dwa zespoły: dawniejszy dotyczył deformacji części szyjnej kręgosłupa (choroba *Klippel-Feila)*, świeższej daty zespół zasadzał się na porażeniu kurczowem wszystkich czterech kończyn i rozwijał się powoli. Autor wyklucza sprawę uciskową. Możliwe jest przypuszczenie istnienia zaburzenia rozwojowego rdzenia, lub wpływu spina bifida

occulta. Dopuścić można zaburzenia cyrkulacyjne: powolny ucisk tętnic szyjnych i występowanie niedokrwistości rdzenia, czego wynikiem byłoby zwyrodnienie szlaków piramidowych.

Przypadek rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia u dziecka z zejściem śmiertelnem. (Etude anatomoclinique d'un cas d'encéphalomyélite disseminée aigue à évolution mortelle chez l'enfant). J. Dagnélie i L. v. Bogaert.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 576.

11-letni chłopiec. W ciągu 4 mieśięcy przejściowe utykanie na nogi i postępujące wychudzenie. Zespół oponowy. Zajęcie licznych nerwów czaszkowych, zaburzenia móżdżkowe, zamroczenie, śpiączka wreszcie niezupełne porażenie wszystkich czterech kończyn. Zniesienie odruchów brzusznych. Objaw Babińskiego po jednej stronie. Zaburzenia czucia cieplnego na kończynie górnej. W czasie obserwacji wyłoniło się nowe ognisko w okolicy jąder okoruchowych. Objawy zapalenia rdzenia narastały, odruchy znikały, całkowite porażenie zwieraczy.

Badanie histologiczne stwierdziło obecność rozsianych małych ognisk zapalnych jednakowych rozmiarów kształtu owalnego, zupełne zniszczenie otoczek rdzennych, mniejsze włókien osiowych, bujanie gleju plazmatycznego i obecność komórek ziarenkonośnych. Sprawa przypomina obrazy rozsianego ostrego stwardnienia mózgu i rdzenia.

Zespół móżdżkowy poprzedzony stanem hypertonicznym typu parkinsonowskiego. (Stwardnienie rozsiane kory móżdżka, brak zmian w jądrach szarych środkowych, hypertonia pochodzenia móżdżkowego). Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type parkinsonien. Sclérose corticale diffuse du cervelet, intégrité des noyaux gris centraux, l'hypertonie d'origine cérébelleuse). G. Guillain, R. Garcin i Bertrand.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 565.

U 71 letniego starca rozwinęła się wbitna hypertonja ogólna i astazjaabazja wskutek nadmiernego wygórowania odruchów położenia i ustawienia, w ciągu kilku następnych miesięcy hypertonja ta zmalała natomiast wystąpił typowy zespół móżdżkowy. Badanie pośmiertne wykryło rozlane stwardnienie kory móżdżkowej i obecność dwóch gruzełków, w okolicy kłaczka i około jądra zębatego. Z powyższego wynika, że pewne stany hypertoniczne zależą od zmian w móżdżku, jednak jądro zębate i jego połączenia z jądrem czerwonem muszą być nietknięte. Zdaje się, że pewne zakażenia przewlekłe, nprz. kiła, lub gruźlica w danym przypadku mogą powodować zanik móżdżka.

Nerwiaki uciskające rdzeń w chorobie Recklinhausena. (Maladie de Recklinhausen avec neurofibrome comprimant la moelle). A. J. Anthony.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 5, str. 598.

Nerwiaki w chorobie Recklinhausena występują w liczbie mnogiej i to właśnie daje złe rokowanie w przypadkach operowanych, gdyż nie można mieć pewności, że zostały usunięte wszystkie.

Skutki nerwowe i psychiczne dangi. (Aperçu clinique sur les séquelles nerveuses et psychiques de la dengue). G. P. Ghiannoulatos.

Danga wywołuje psychastencję, cechującą się zmianą humoru i ruchliwości, które zależą od zaburzeń napięcia psychicznego, bądź napięcia mięśniowego. Pozwala to przypuszczać istnienie takiego ośrodka, boć musi on być zajęty. Kora mózgowa również cierpi: występuje niezdolność czuciowa (swędzenie, opatrzne uczucia) i zaburzenia ruchowe (porażenia całkowite lub częściowe). Lecznicze wyniki daje strychina.

Bielactwo w kształcie prześcieradła. (Vitiligo en nappe). E. Moniz i V. Fontes.

Rev. neur. 1931. T. I. Nr. 6, str. 732.

Bielactwo zasadza się tem, że w pewnych miejscach skóry znika barwnik, skupiając się w sąsiedztwie. Plamy odbarwione leżą po obu stronach ciała i są wybitnie symetryczne.

U 17 letniego chłopca od 6-ego roku życia zaczęły zjawiać się na skórze plamy białe i stopniowo zajęły całe ciało z wyjątkiem twarzy, czaszki, szyji dłoni, stóp i genitalji. Niemożność wytłomaczenia rozmieszczenia plam zajęciem rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych zmusza do przyjęcia istnienia w mózgu ośrodka, regulującego rozmieszczenie barwnika w skórze.

Nerwoból nerwu przeponowego. (La névralgie du phrénique). H. Marcus.

Rev. neur. 1931. T. II. Nr. 1, str. 21.

Prawdziwą przyczyną nerwobólu przeponowego jest stan zapalny nerwu, jego podrażnienie, zatrucie lub uraz. Byłoby więc właściwiej mówić o zapaleniu nerwu, choć zwykle w okresie obserwacji zapalenie już wygasło, pozostał nerwoból.

Ból najczęściej bywa jednostronny i przeważnie zajmuje stronę lewą. Utrudnienie oddychania wywołuje lęk. Często zjawia się czkawka. Punkty bolesne mieszczą się wzdłuż przebiegu nerwu i w miejscach przyczepu przepony do ściany jamy piersiowej. Bóle promieniują w ramię, czasami w trzewia.

O różniczkowaniu między rozmiękczeniem mózgu i guzem. (Sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérebrale). J. A. Barré, O. Metzer i J. Masson.

Paris Médical 1931, Nr. 40, str. 273.

W początkowych okresach za guzem przemawia charakter stały bólów głowy i obecność napadów Jacksona lub innych objawów podrażnienia. Tarcza zastoinowa na dnie oka przemawia za guzem, wreszcie za guzem przemawia choćby nieznaczne zwiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dalszym przebiegu w odróżnieniu od rozmiękczenia w guzie mózgu objawy narastają i zjawiają się coraz nowe.

W okresie pełnego rozwoju sprawy guz daje objawy i po stronie przeciwnej, nprz. wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza objaw Babińskiego i brak odruchów brzusznych, a odma czaszkowa wykazuje przemieszczenie komory III w kierunku półkuli zdrowej.

Dr. med. Zygmunt Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Doświadczenia kliniczne nad znieczuleniem w porodzie zapomocą pernoctonu. (Expérience cliniques sur l'anesthésie obstétricale au pernocton). R. Keller, E. Bohler.

Gynéc. Obstétr. T. 25, N. 3, r. 1932.

Na zasadzie 150-ciu przypadków autorowie przychodzą do następujących wniosków, co do wartości pernoctonu, jako środka znieczulającego bóle porodowe.

Najważniejszym zastrzeżeniem technicznem jest powolność wlewania dożylnego (0,3 cm. na 20 sek., czyli 1 cm. na min. 10% rozczynu pernoctonu; cała dawka wynosi 1 cm. na 12 klg. wagi rodzącej). Przy zachowaniu tego warunku pernocton traci swoje własności silnie toksyczne, jakie uwidaczniają się przy szybkim kontakcie leku z układem nerwowym.

Sen pernoctonowy trwa krótko, około 2—3 godzin, to też okres działania znieczulenia obejmować może jedynie okres wydalania i niewielką część okresu 1-go. Zaznaczyć przy tem wypada, że omawiany lek nie powoduje przedłużania się rozwierania się ujścia zewnętrznego: autorowie wybierali, co prawda, najlepsze przypadki zwłaszcza wśród pierwiastek, ale też udawało się im uzyskać dobry wynik nawet jeśli zaczynali znieczulenie już przy rozwarciu na 5 frs. do małej dłoni.

Pernocton nie uspasabia do niedowładu macicy po porodzie. Ogólnie biorąc lek ten działa znieczulająco najlepiej ze wszystkich dotychczas stosowanych środków zwalczających bolesność porodu.

Ma on jednak swoje niezaprzeczalne wady. A więc przedewszystkiem pernocton wywołuje w 20% przyp. silne podniecenie ruchowe wymagające starannej opieki ze strony personelu pomocniczego; leczniczo jesteśmy wobec tych stanów podniecenia zupełnie bezsilni. Okres II-gi wymaga również wytężonej pomocy personelu, gdyż śpiąca pacjentka zmienia ciągle pozycję lub nie chce leżeć w odpowiedniem położeniu.

Następną wadą metody jest jej krótkotrwałość; próby przedłużenia działania leku nie są bez zarzutu. Wreszcie nie ulega wątpliwości, że pernocton działa na dziecko, jakkolwiek w materjale autorów nie zginęło ani jedno.

Co się tyczy efektu znieczulającego, to wynik znakomity uzyskali K. i B. w 85%, dobry w 10%, a nie uzyskali żadnego w 5%.

Krótki przegląd unerwienia narządu rodnego kobiety. (Vue d'ensemble sur l'innervation de l'appareil génital de la femme). A. Binet i A. Beau.

Gynec. Obstetr. T. XXV. Nr. 4, 1932.

Narząd rodny kobiety zaopatrzony jest przez dwa układy nerwowe: 1) zwierzęcy czyli rdzeniowy i 2) roślinny, składający się z współczulnego i błędnego.

1) Układ zwierzęcy unerwia kobiecy narząd rodny zapomocą dwu splotów: a) lędźwiowego (plexus lumbalis) i b) krzyżowego (plexus sacralis).

Nerwy wychodzące z tych splotów a zaopatrujące narządy płciowe żeńskie są następujące:

a) Nervus iliohypogastricus i nervus ilioinguinalis wychodzą z I korzonka lędźwiowego, idą w powłokach brzusznych, potem wzdłuż grzebienia kości biodrowej i na jego przedniej ścianie dzielą się na dwie gałęzie: ramus abdominalis i ramus genitalis. Ta ostatnia przechodzi przez kanał pachwinowy, przebiega go i przy jego wyjściu daje włókienka nerwowe dla okolicy łonowej i dla wargi większej.

b) Nervus genitofemoralis wychodzi z II n. lędźwiowego i po przejściu musculus psoas dzieli się na gałęź płciową (genitalis) i udową (femoralis).

Gałęź płciowa inaczej zwana nervus spermaticus externus przebiega kanał pochwowy i rozpada się na włókienka czuciowe w wardze większej.

c) Nervus pudendus internus bierze swój początek ze splotu krzyżowego, a mianowicie z II, III i IV pary korzonków krzyżowych. Opuszcza miednicę małą przez incisura ischiadica major, okrąża kolec kości kulszowej, wraca do miednicy małej przez incisura ischiadica minor i wkrótce dzieli się na dwie gałęzie: tylną czyli nerw krocza (n. perinei), i przednią czyli nerw łechtaczki (n. dorsalis clitoridis). Pierwszy z nich dostarcza włókien ruchowych mięśniom krocza, a także włókien czuciowych mniejszym i większym wargom. Nervus dorsalis clitoridis rozpada się na gałązki w corpus cavernosus clitoridis.

2) Układ nerwowy roślinny składa się z układu współczulnego i błędnego.

A) Układ współczulny w zakresie narządu rodnego kobiety składa się z

a) plexus ovaricus składa się nerwów wychodzących z X, XI i XII odcinka piersiowego, i unerwia tylko jajnik i jajowód, nie posyłając ani jednej gałązki do macicy. Splot ten jest odpowiednikiem plexus spermaticus u mężczyzny.

b) plexus hypogastricus, który z kolei rozpada się na dwie części: I) superior i II) inferior.

I. Plexus hypogastricus superior leży przed kręgosłupem i rozciąga się od miejsca, gdzie odchodzi arteria mesenterica inferior, do wzgórka kości krzyżowej; tam rozdziela się on na dwa sploty podbrzuszne dolne. Plexus hypogastricus superior ma albo postać opisaną przez Hovelacque'a t. j. istotnie postać splotu połączonych ze sobą włókien nerwowych, albo występuje w postaci jednego nerwu, jak opisał to Latarjet, który go nazwał nerwem przedkrzyżowym, nervus praesacralis; ta ostatnia postać jest jednak postacią wyjątkową. Zresztą powinien on się nazywać raczej przedlędźwiowym, praelumbalis. Nerw ten ważny szczególnie dzięki operacji wykonywanej na nim, a podanej przez Cotte'a leży zazwyczaj nieco na lewo od linji środkowej.

II. Plexus hypogastricus inferior nie jest niczem innem, jak rozgałęzieniem z każdej strony omówionego przed chwilą górnego splotu podbrzusznego. Sploty te idą wgłąb miednicy wzdłuż tętnicy podbrzusznej, i zaopatrują prostnicę, pęcherz, macicę i pochwę.

B) Układ parasympatyczny miednicy małej bierze swój początek z rdzenia krzyżowego, od II odcinka do conus terminalis z nerwami krzyżowemi tworząc włókna układu parasympatycznego (splot sromny) plexus pudendus; wyszedłszy zeń dają nerwy wyosobnione, a mianowicie nervi erectores Eckard'a. Łączą się one

rozmaicie ściśle i rozmaicie często z układem współczulnym.

Wreszcie nerwy wchodzące w skład układu parasympatycznego wchodzą niekiedy w ścisły kontakt ze zwojami leżącemi w ścianie lub tuż obok narządów wewnętrznych. W taki sposób powstaje wielki zwój nerwowy mający niezaprzeczalne znaczenie dla narządów płciowych kobiety — węzeł lub zwój Lee-Frankenhauser'a.

Z kolei po omówieniu anatomji przechodzą autorowie do fizjologji unerwienia kobiecych narządów płciowych.

1) Układ nerwowy zwierzęcy.

Nerw mięśnia dźwigacza odbytu i n. pudendus internus daje włókna ruchowe do mięśni prążkowanych otaczających pochwę.

N. pudendus internus, a także n. iliohypogastricus i n. ilioinguinalis, a n. genitofemoralis dostarczają włókien czuciowych do okolicy sromu i spojenia łonowego.

Znane jest działanie tych nerwów powodujących w czasie stosunku płciowego 1) wzwód łechtaczki, 2) skurcz mięśni stały, wzmacniający się od czasu do czasu, 3) wytrysk gruczołów pochwy i sromu.

Czucie dotykowe jest rozwinięte w sposób prawidłowy na skórze krocza; natomiast czucie to jest mniej wydatne w śluzówce pochwy.

Czucie na temperaturę jest wysoce rozwinięte na skórze sromu, a bardzo słabo w pochwie, stąd konieczność ochrony sromu i krocza przy gorących irrygacjach.

Poczucie własnych narządów (sensation cinesthésique) jest słabo rozwinięte w śluzówce pochwy, zresztą podobnie jak w całym ciele. Odczuwa się je zapomocą układu roślinnego. Czucie na rozciąganie jest bardziej rozwinięte w pochwie, a zwłaszcza silnie w macicy.

Natomiast czucie na ból jest mocno rozwinięte w pochwie i cewce moczowej, a bardzo słabo w części pochwowej macicy.

Odczuwanie rozkoszy płciowej jest rodzajem czucia zupełnie swoistym i wyspecjalizowanym, podobnie jak zmysł powonienia i smaku. Wiadomo zresztą, że nie jest ono umiejscowione jedynie w okolicy narządów płciowych.

2) Układ nerwowy roślinny.

Antagonizm czynnościowy pomiędzy układem współczulnym i parasympatycznym uwidacznia się w dziedzinie płciowej, podobnie jak w innych punktach organizmu.

Sympathicus zwęża, parasympathicus — rozszerza naczynia, stąd ten ostatni powoduje wzwód ciał jamistych. Pierwszy przyśpiesza naogół przemianę materji, drugi ją zwalnia; natomiast w zakresie dojrzewania pęcherzyka Graafa układ współczulny powstrzymuje go; układ parasympatyczny — pobudza.

Podobnie jak jajnik — wszystkie gruczoły dokrewne znajdują się pod wpływem naprzemiennych i przeciwdziałających wpływów obydwu układów.

W stosunku do mięśni, sympathicus pobudza włókna okrężne, para sympathicus — podłużne, i jednocześnie hamuje okrężne. Wydalenie płodu, względnie obcego ciała z macicy odbywa się pod wpływem sympathicus (wszak mięśnie podłużne macicy przedewszystkiem wydalają. *Ref.).*

Włókna czuciowe w układzie roślinnym zawiera tylko układ współczulny (i to wątpliwe); tem

się tłomaczy działanie lecznicze przecięcia nerwu przedkrzyżowego (plexus hypogastricus superior) w przypadkach bolów w zakresie miednicy małej.

Farmakologicznie adrenalina podnosi napięcie układu współczulnego; między innemi w skutku daje to skurcz naczyń krwionośnych. Atropina zmniejsza czynność parasympathicus'a, pilocarpina ją wzmaga.

Z ośrodków rządzących czynnością narządów rodnych wymienić należy: 1) autonomiczny splot Lee-Frankenhauser'a; 2) ośrodki nerwowe rdzeniowe, jak naprz. erekcyjny Eckhardt'a, ejakulacyjny — Budge'a, 3) ośrodki mózgowe.

Zapalenie pochwy i sromu u małych dziewczynek i powikłania tego schorzenia. (La vulvo- vaginite des petites filles et ses complications). H. Grenet.

La Gynécologie R. 30, grudzień 1931 r.

W długim artykule omawia autor zapalenie sromu i pochwy małych dziewczynek na tle rzeżączki. Omawiane schorzenie uważać należy za poważne i powodujące szereg ciężkich powikłań. Omawianie etiologji, przebiegu klinicznego rozpoznania różniczkowego i rokowania zajmuje w artykule dużo miejsca i nie wnosi nic nowego, to też ograniczę się do streszczenia poglądów autora na leczenie vulvo-vaginitis infantum.

Zapalenie sromu ustępuje zazwyczaj po zwykłych zmywaniach rozczynem nadmanganianu potasu (0,25 gr. na 1000,0), albo 10-cio krotnie rozcieńczonym płynem Labarraque'a. W przypadkach lekkich nadżerek w okolicy sromu i odbytnicy za-

leca autor smarowanie 2% lapisem i pudrowanie wyjałowionym talkiem.

Zapalenie pochwy wymaga koniecznie irrygacji tym samym rozczynem nadmanganianu potasu wykonywanych miękim cewnikiem Nélatona. Irrygacji takich wykonywać należy dwie dziennie, potem jedną.

W przypadkach uporczywych dobre wyniki daje stosowanie szczepionek, które też oddają cenne usługi w leczeniu powikłań. W tych ostatnich jednak szczególnie polecenia godne jest stosowanie preparatów chemicznych w pierwszym rzędzie tripaflawiny (związku kwasu akridynowego). Normalną dawką tripaflawiny dla dorosłych jest 10 cm. 2%-go rozczynu dożylnie; dla dzieci dawkę tę należy zmniejszyć do ⅔, ½ lub ⅓.

Leczenie wspomnianym przed chwilą preparatem wskazane jest nietylko w komplikacjach, ale także w przebiegu uporczywego zapalenia pochwy rzeżączkowego. W najcięższym powikłaniu to jest w ogólnem zakażeniu rzeżączkowem tripaflawina jest jedynym środkiem leczniczym.

Przerzuty do gruczołów w raku trzonu macicy. (Les métastases ganglionnaires dans le cancer du corps utérin). J. P. Tourneux.

Gynéc. Obstétr. T. 25, 1932.

Sprawa przerzutów raka trzonu macicy do gruczołów chłonnych jest w piśmiennictwie lekarskiem traktowana po macoszemu, w przeciwieństwie do raka szyjki. Autor zajął się tą sprawą z powodu dwu obserwowanych przez się przypadków, w których pomimo usunięcia macicy w znakomitych warunkach operacyjności wystąpiły po pewnym czasie przerzuty do gruczołów chłonnych lędźwiowych i pachwinowo-udowych (w 7—8 miesięcy).

Naczynia limfatyczne od trzonu macicy układają się w dwie grupy. Jedna od rogu macicy dąży w więzadle szerokiem wzdłuż naczyń więzadło maciczno-jajnikowych, przechodzi przez lejkowo miednicowe i wraz z naczyniami chłonnemi jajnika wznosi się do okolicy lędźwiowej; nieco poniżej wnęki nerki zagina się ku dołowi i kończy się w gruczołach lędźwiowych odpowiedniej strony. Druga grupa znacznie mniejsza, składająca się niekiedy zaledwie z jednego naczynia chłonnego, idzie od rogu macicy wzdłuż więzadła obłego do gruczołów pachwinowych zewnętrznych, lub też nawet po przejściu kanału pachwinowego — do gruczołów udowych. Nie należy ponadto zapominać o drogach chłonnych, łączących trzon macicy z jej szyjką. Wreszcie pamiętać należy o licznych połączeniach, istniejących pomiędzy wszystkiemi układami chłonnemi, co umożliwia zupełnie nietypowe umiejscowienie przerzutów, jak naprzykład gruczoły podbrzuszne lub krzyżowe, a nawet śródpiersia.

Nie należy sądzić, że przerzuty powstają dopiero w późnych okresach choroby, obserwacje Cullen'a i Pinson'a przeczą temu. To też wycinając macicę z powodu raka trzonu należy zwracać baczną uwagę na zachowanie się gruczołów i usuwać je w razie potrzeby, tembardziej, że znane są przypadki zupełnego wyleczenia po takiej operacji. Oczywista w stanach nie nadających się do operacji stosujemy actinoterapję.

Mięśniaki a ciąża. (Myomes et grossesse). Matveieff T. P.

Gynéc. Obstétr. T. 25. 1932.

Na zasadzie piśmiennictwa i własnego doświadczenia uzyskanego z 9 przypadków, autor jest zdania, że operacja wyłuszczenia mięśniaków według Martina jest w czasie ciąży stosunkowo bezpieczna nie tylko dla chorej, ale także dla ciąży i jej utrzymania. W kilku przypadkach autor umyślnie drażnił macicę w czasie operacji, wyłuszczył kilka mięśniaków, a pomimo to nie nastąpiło przerwanie ciąży.

Z drugiej strony mięśniaki w czasie ciąży mogą być powodem szeregu powikłań, i to tak w jej przebiegu, jak w połogu czy w czasie samego porodu. Z tego względu autor radzi rozszerzyć wskazania do wyłuszczenia mięśniaków w czasie ciąży, przyczem poleca tę właśnie operację, jako metodę wyboru, usunięcie zaś macicy radzi pozostawić jedynie dla przypadków wyjątkowych.

Ciężkie zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży. (Pyélites gravidiques graves). Held E.

Gynéc. et Obstétr. t. 25. N. 3. 1932.

Autor przytacza 3 przyp. ciężkiego zapalenia miedniczek nerkowych w ciąży, z których 2 skończyły się zejściem śmiertelnem. Pod wpływem tych obserwacji a także po gruntownem przejrzeniu literatury autor podnosi niedocenianą niekiedy powagę tego schorzenia.

Do oceny każdego przypadku konieczne jest wykonanie całego szeregu badań laboratoryjnych: określenie ilości mocznika we krwi, próba wodna nerek, tak wydzielnicza, jak koncentracyjna; badania bakterjologiczne a przedewszystkiem posiewy krwi dają cenne wiadomości o rozległości zakażenia. Wreszcie badanie radiologiczne jest niezodowne w każdym przypadku uporczywego zapalenia miedniczek nerkowych.

W obserwacji klinicznej zwracać należy uwagę na żółtaczkę i lekką sinicę znamionujące ciężkie przypadki.

Postępowanie lecznicze autora jest następujące: najpierw leczenie farmakologiczne, potem jeśli to nie daje wyników — drenowanie miedniczek na przeciąg kilku dni, ewentualnie z instilacją bakterjofagu pałeczki okrężnicy; leczenie powyższe wzmocnić można wstrzykiwaniem surowicy przeciw bact. coli; jeśli postępowanie powyższe nie odnosi skutku należy w przypadku sprawy jednostronnej wykonać operację na nerce (nephrostomję lub dekapsulację), jeśli sprawa jest dwustronna należy przerwać ciążę, bądź od dołu w początku ciąży bądź cięciem cesarskiem w jej końcu.

Rozważania w sprawie początku rozwoju i leczenia pierwotnych nabłoniaków sromu, na zasadzie 17 przypadków obserwowanych i leczonych. (Considérations sur le début, l'évolution et le traitement des épithéliomes primitifs de la vulve, d'aprés dix-sept cas observés et traités). Petit-Dutaillis P.

La Gynéc. T. 31, luty 1932.

Przypadki nabłoniaka sromu dawać powinny takie same wyniki lecznicze, jak nabłoniaka innej okolicy ciała, pod warunkiem, że rozpoznanie i leczenie będą miały miejsce dość wcześnie. Na 9 przyp. wcześnie rozpoznanych 3 żyły przez długi

czas, obserwowane przez autora. We wszystkich tych 9 przyp. gruczoły były wolne, co świadczy, że nabłoniak sromu nie jest bardziej skłonny do przerzutów drogą limfatyczną, niż inne raki. Poza rzadkiemi przypadkami, kiedy rak sromu wychodzi z gruczołu Bartholina, jest on zazwyczaj typu raka skórnego lub śluzówkowego. Najgorszem usadowieniem jest okolica błony dziewiczej, gdyż miejsce to jest najmocniej unaczynione i ma połączenie bezpośrednie z gruczołami chłonnemi nietylko pachwinowemi, ale także biodrowemi. Nabłoniak sromu może rozwinąć się tak na zdrowej tkance, jak na uprzednio zmienionej (kraurosis vulvae, leucoplakia i t. d.).

Leczenie — oczywista wycięcie, jeśli tylko jest to możliwe w granicach zdrowej tkanki; w innych przypadkach energja promienna, jako leczenie jedyne, lub następowe po operacji. Natomiast autor nie jest stronnikiem naświetlania przed operacją, gdyż uważa za konieczne wyczekanie przynajmniej 4—6 tygodni po naświetlaniu zanim można przystąpić do operacji; jest to jednak zbyt duża strata czasu, która nie tłomaczy się dostatecznym i widocznym zyskiem leczniczym. Igły radowe, w których pokładano wielkie nadzieje, nie dały spodziewanych rezultatów; w szczególności niszczenie igłami dużych guzów nowotworowych nie prowadzi do celu, gdyż niszczy jedynie sam guz, nie leczy jednak samej choroby.

Pozatem wspomina autor o dobrym skutku dodatkowego stosowania chlorku magnezu, wyciągu śledziony, a także zalecanego przez Rubens-Duval'a, globulinowego wyciągu z guza nowotworowego.

Gwałtowny krwotok w okresie pokwitania; zacisk na stałe na część pochwową. (Métrorragie suraiguë au moment de la formation; pince à demeure sur le col). B o n n e a u R.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27, Nr. 3, marzec 1932 r.

W przypadku ciężkiego krwotoku w okresie pokwitania autor założył na część pochwową zaciskadło Museux, co wreszcie zatrzymało krwotok grożący życiu 13-letniej dziewczynki.

W związku z powyższym przypadkiem autor gorąco poleca opisany sposób postępowania w przypadkach, zwłaszcza jeśli lekarz jest zdany na własne siły. Zacisk trzymać należy przez 48 godzin, tak jak ma to miejsce przy postępowaniu według Doyen'a. Oczywista jednocześnie należy stosować odpowiednie leczenie istniejącej niedokrwistości (przetaczanie krwi, żelatyna, rozczyn fizjologiczny soli i t. d.).

Omawiając leczenie krwotoków okresu pokwitania wogóle autor poleca naświetlanie promieniami Roentgena jednego jajnika, twierdząc, że w ten sposób uzyskiwał całkowite wyregulowanie miesiączek. Leczenie powyższe działając bezpośrednio na jajnik wpływa niejako na samo źródło krwotoku; natomiast założenie radu do macicy działa raczej na punkt przyczepu czynności jajnika, gdyż osłabia reaktywność śluzówki macicy. Metoda ostatnio wspomniana jest znacznie trudniejsza do stosowania, jak pierwsza, to też możliwa tylko w rękach wybitnego specjalisty rentgenologa.

Krwawe zabiegi operacyjne winny wchodzić w grę tylko jako środki ostateczne po wyczerpaniu wszystkich innych, w obliczu niebezpieczeństwa śmiertelnego.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie odporności w kile drugorzędnej i wypływające stąd wnioski lecznicze. (L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques). R. B e r n a r d.

Bruxelles-médical, Nr. 23, 1932.

Pracę podjęto celem rozstrzygnięcia pytania, czy w przypadkach owrzodzenia pierwotnego z odczynem serologicznym dodatnim należy rozpocząć jaknajszybsze leczenie, czy też odłożywszy na bok wszelkie względy społeczne, a mając na uwadze jedynie dobro chorego osobnika, należy oczekiwać uogólnienia się kiły w okresie drugim i tem samem powstania spontanicznej odporności. Dlaczego wyłącza się kiłę z szeregu innych chorób zakaźnych, w których leczenie nigdy niema na celu powstrzymania wysypek skórnych — a przeciwnie chodzi zawsze o wywołanie jaknajsilniejszych objawów skórnych, zaczem idzie powstanie silniejszej odporności? W literaturze znany jest liczny szereg znanych autorów, którzy wykazują korzyści, wypływające z oczekiwania na pojawienie się objawów skórnych drugorzędnych.

Faktem jest, że w okresie utrzymywania się wysypki kiłowej i potem powstaje znaczna odporność organizmu, która już sama przez się może już chory organizm uwolnić od objawów kiły. Dlaczego przeciwdziałać powstaniu tych przeciwciał, które krążąc po całym ustroju, chronią przed wtargnięciem schorzenia inne organy wewnętrzne, a zwłaszcza system nerwowy. Wszelkie sposoby leczenia, mające na celu skrócenie okresu drugiego w przypadkach kiły lub niedopuszczenie do przejścia schorzenia w okres drugi — przeciwdziałają naturalnym siłom obronnym ustroju, mającym w leczeniu chorób zakaźnych znaczenie bardzo ważne. Najkorzystniejszą chwilą do leczenia chemicznego kiły jest więc początek okresu cofania się wysypek skórnych drugorzędnych. Leczenie chemiczne łącznie z naturalnemi siłami obronnemi ustroju daje lepsze gwarancje zniszczenia zarazka. Jeżeli nie uda się wtedy wyleczyć organizm całkowicie, to w każdym razie nawroty będą rzadsze i mniej groźne.

Spostrzeżenia autora poczynione od szeregu lat (200 przypadków) wykazały, że nie wszystkie środki lecznicze stosowane w kile dają jednakową gwarancję co do nawrotów, zwłaszcza w układzie mózgowo-rdzeniowym. Autor we wszystkich tych przypadkach badał kilkakrotnie płyn mózgowo-rdzeniowy. U kiłowych po leczeniu mieszanem z zastosowaniem równocześnie As i Hg wyniki były najlepsze. Po leczeniu naprzemiennem (serja As potem serja Hg) ilość płynów patologicznych była większa.

Najgorsze wyniki otrzymywano po leczeniu wyłącznie arseno-benzolowem. W dalszym ciągu z zestawienia 60 przypadków systematycznie leczonych w okresie pierszym (około połowa) i w okresie drugim wynika, że uleczonych w okresie owrzodzenia pierwotnego (autor wyłączył z zestawienia

te przypadki, które nigdy nie miały OW. w krwi dodatniego) — faza seropozytywna krwi utrzymuje się przeciętnie dłużej, ilość płynów patologicznych wynosi 77%, neurorecydywy wystąpiły w 6 przypadkach, z tych jeden tabes i 2 paral. progres. U leczonych w okresie wysypki kiłowej lub drugorzędnych zmian na śluzówkach — faza seropozytywna krwi była krótsza, ilość płynów mózgo-rdzeniowych wynosiła 21%, neurorecydywy nie było ani jednej. Z zestawień autora widać ponadto, że w grupie chorych leczonych w okresie kiły I, największe neurorecydywy i największe zmiany w płynach mózgo-rdzeniowych mieli ci chorzy, u których dodatni OW. z krwi zniknął szybko (jeden do 7 kwartałów). W tej też grupie chorych spotykamy się z nawrotami dodatniego odczynu W. w krwi nawet po dłuższym okresie utrzymywania się OW. ujemnego. Z tym ostatnim zjawiskiem w grupie chorych leczonych w okresie kiły II spotykał się autor wyjątkowo.

Przypadek kiły arsenoczułej, która przeszła w arsenoodporną. (Syphilis d'abord arsénosensible puis devenant arsénorècidivante et arsénorésistante dans la première cure avec réaction de résistance). G o u g e r o t i R. C o h e n.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Opis przypadku kiły u kobiety czterdziestoletniej, u której owrzodzenie pierwotne zagoiło się w ciągu 20 dni po zastosowaniu leczenia arsenobenzolowego. Pomimo dalszego leczenia arsenobenz. w 4 tygodnie po zagojeniu się owrzodzenia wystąpiła wysypka grudkowa na przedramionach. Dalsze zastrzyki arsenob. nie tylko nie powodowały znikania wykwitów lecz przeciwnie — po każdym zastrzyku przybywały świeże wykwity a dawne nasilały się, tak że wysypka objęła cały tułów i kończyny. Na języku wystąpiły naloty (plaque muqueuse). OW. był silnie dodatni. Chora otrzymała ogółem w przeciągu 7 tygodni 3½ grama leku. Od chwili gdy zastosowano leczenie bizmutowe objawy ustąpiły w przeciągu kilkunastu dni bez żadnego odczynu Herxhajmera.

Powyższe spostrzeżenie nasuwa następujące przypuszczenia: chora zakaziła się szczepem normalnym, który dopiero w trakcie leczenia stał się arseno-odpornym, możliwie dzięki zastosowaniu początkowo zbyt małych dawek leku. Należy przypuścić, że w tym przypadku brak było całkowicie odporności ogólnej organizmu z przyczyny autorowi nieznanej.

Objawy psychiczne w kile wrodzonej. (L'hérédosyphilis mentale). M. P i n a r d.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Psychiczne zaburzenia w przebiegu kiły wrodzonej dotychczas mało zwracały uwagę lekarzy, pomimo że są częste. Przybierać one mogą postaci najrozmaitsze, począwszy od nieznacznych do bardzo poważnych.

Najmniej wpadającym w oko jest typ dziecka z kiłą wrodzoną t. zw. złośnik. Chodzi o dzieci stale w okresie dzieciństwa ulegające atakom złości. Ataki te przybierają nasilenie niekiedy rzeczywistych furji, wybuchają z bardzo błahych powodów, kończą się silnymi bólami głowy bez zamroczenia i utraty przytomności, bez przygryzania języka i bezwiednego oddawania moczu.

Drugim typem dziecka kiłowego jest dziecko niezdolne, nieumiejące skupić uwagi, trudno pojmujące.

Jedną z częstszych cech charakteru u dzieci kiłowych jest wybitna zazdrość, kleptomanja i kradzież rzeczy nieużytecznych a także popęd do uciekania z domu.

Powyższe zboczenia psychiczne ustępują z wiekiem a zwłaszcza szybko po zastosowaniu leczenia specyficznego. Bojaźń przestrzeni jest również częstą w kile wrodzonej i ta cecha w przeciwstawieniu do innych ustępuje trudno i utrzymuje się nieraz do starości.

Autor przytacza szereg przykładów, ilustrujących zboczenia psychiczne u dzieci kiłowych, szereg wyraźnych remisji po zastosowaniu leczenia specyficznego i kilka zestawień statystycznych z domów poprawczych, z których wynika, że około 50% dzieci w tych zakładach wykazuje dodatni odczyn Was. w krwi.

Kiła a rak szyjki macicznej. (Syphilis et cancer du col de l'utérus). A. T o u r a i n e.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Kiła zdaje się wywierać pewien wpływ, usposabiający do powstania nabłoniaków szyjki macicznej, tak jak wpływa także na zwiększenie częstości nabłoniaków języka.

Szereg zestawień własnych i obcych autorów wykazuje w przypadkach raków szyjki macicznej częste współistnienie kiły u rodziców, u męża wreszcie u samej chorej. Znane są wypadki powstawania raków szyjki mac. w miejscu istniejącej uprzednio leukoplazji kiłowej a także na kilaku szyjki lub w następstwie metritis syphilitica. Ogółem rola kiły w powstawaniu raków szyjki mac. jest wybitna. Zestawienie Audry z roku 1926 wykazuje połowę przypadków raków szyjki u kiłowych. Zestawienia innych autorów przemawiają jeszcze bardziej na korzyść przypuszczeń autora (66 do 68,5%). Należy przypuścić, że kiła działa bezpośrednio na nabłonek śluzówki, wywołując jego hyper- i metaplazję i stwarza tym sposobem okres przedrakowy.

Rumień wielopostaciowy a kiła. (Érythème polymorphe et syphilis). M. J. W a t r i n.

Paris Médical, Nr. 10, 1932.

Spostrzeżenie dotyczy osobnika 37-letniego, który w niespełna 2 lata przeszedł 7 wybuchów rumienia wielopostaciowego wysiękowego, a u którego w końcu na podstawie dyskretnych zmian na śluzówkach jamy ustnej i obecności odczynu Was. dodatniego w krwi wykryto obecność kiły nieleczonej.

Po 2-ch kuracjach arsenobenzolowych uwolniono chorego od wybuchów rumienia wielop. wysięk.

Autor skłania się do przypuszczenia, że, nie odmawiając odrębności temu schorzeniu jako jednostce chorobowej, nie należy zaprzeczać tak jak to czyni szkoła niemiecka, istnienia jakiegokolwiek związku pomiędzy kiłą a rumieniem wielop. wysięk. i znajduje wytłumaczenie powyższej korelacji w teorji o biotropizmie, czyli o pobudzeniu utajonych mikrobów przez wtargnięcie innego virus de organizmu tak jak to jest rzeczą znaną w przypadkach półpaśca i kiły.

Wyprysk u drwali i uczulenie leśne. (L'eczema bois et sensibilisation silvestre). E. Schulmann, P. Détouillon.

Paris Médic. 1932, N. 3.

Zmiany skórne powstające skutkiem zetknięcia się z roślinami, opracowane są dosyć szczegółowo, natomiast zmiany powstające na skutek pracy drwali w lesie — są mniej znane, jakkolwiek prace autorów i wynik ankiety, którą podjęli w pewnych okolicach Francji stwierdzają obecność tych zmian w 2% ludności zamieszkujących okolice zalesione, czyli są tak częste jak wyprysk u praczek. Schorzenia te dotyczą nietylko drwali ale wszystkich osobników, mających stały kontakt ze świeżym drzewem (rolnicy, pracujący w lesie, myśliwi węglarze). Wpływ szkodliwy na skórę tych osobników wywierają bezpośrednio drzewa i substancje eteryczne, żywiczne, wydzielające się z drzew. Z najbardziej szkodliwych są dęby, buki, kasztany, topole, akacje, platany (jawory), wiązy, rzadziej sosny. Wśród tych schorzeń należy rozróżnić dwie zasadnicze grupy: I. wyprysk drwali, występuje prawie wyłącznie tylko w tym zawodzie, rozwija się stopniowo, zawsze na skórze stykającej się z drzewem (skóra rąk), a jedynie w przypadkach daleko posuniętych, przy stałym kontakcie z drzewem może zająć skórę twarzy, wyjątkowo skórę organów rodnych. Tę postać należy zaliczyć do banalnych zapaleń skóry. Obraz chorobowy na rękach bywa określany jako świerzba drzewna. Pierwotnymi wykwitami, jakie można zauważyć są albo pęcherzyki albo obrzękowe rumienie na grzbiecie dłoni i pomiędzy palcami rąk. Sprawa wyjątkowo rozpoczyna się od powierzchni dłoniowej rąk. Wyleczenie następuje szybko po przerwaniu pracy przy zastosowaniu zwilżań z argentum nitricum i maści obojętnych. Wrazie znacznego wtórnego zakażenia mikrobami należy stosować okłady z wody Aliboura. Podjęcie pracy w lesie po wyleczeniu nie musi wywołać recydywy. Autohemotorapja w tych przypadkach w połączeniu z leczeniem miejscowem oddaje duże usługi.

II. Uczulenie leśne (la sensibilisalion silvestre) daje kliniczny obraz zupełnie odmienny od poprzedniego. Przebieg tego schorzenia zbliżony jest do innych schorzeń skórnych, powstających na skutek uczulenia. Osobnik pracujący czas dłuższy w lesie w pełnym zdrowiu nagle bez widocznej przyczyny, zwykle po powrocie z pracy do domu, niekiedy wśród nocy, doznaje uczucia pieczenia i palenia na twarzy, pieczenia oczu.

Wśród drapania, które szybko pogarsza stan chorego, występuje znacznych rozmiarów obrzęk powiek, czoła i policzków. Szybko zjawiają się drobne pęcherzyki, które sączą płynem surowiczym; spojówki bywają silnie zaczerwienione. Równocześnie podobne zmiany występują na rękach i w kilka godzin sprawa może się rozszerzyć na szyję, organy płciowe i okolice odbytu. Ciepłota ogólna może być prawidłowa; niekiedy podnosi się do 39 i 40°. Przejściowy białkomocz występuje rzadko, rzadko też do opisanych zmian skórnych przyłącza się wtórne zakażenie. Pierwszym objawem cofania się sprawy jest ustępowanie obrzęku, które rozpoczyna się pomiędzy trzecim a 15-tym dniem od początku trwania choroby. Zejście sprawy odbywa się wśród bardzo znacznego łuszczenia; naskórek złuszcza się dużymi płatami, a że schorzenie jest wybitnie łatwo odnawiającem się znane są więc przypadki przysłowiowego „zrzucania z siebie skóry" podobnie jak u węży. Nawrót występuje zwykle przy najmniejszem zetknięciu się ze szkodliwie działającym gatunkiem drzewa, czasem i bez zetknięcia na skutek jedynie tylko sąsiedztwa lasów. Przyczynami uspasabiającemi są przedewszystkiem: a) wilgotność drzewa, która jest przyczyną częstszego pojawiania się uczulenia w porze deszczowej, rzadszego w porze wielkich upałów. Pocenie się rąk ma też pewne znaczenie. Więcej niż połowa chorych należy do typu obficie pocących się. b) wiek nie ma żadnego

wpływu w tych przypadkach natomiast, zdaje się, odgrywa tu pewną rolę płeć. Kobiety zapadają wyjątkowo rzadko, jakkolwiek w pewnych okolicach zajęte są pracą w lesie narówni z mężczyznami, c) Najważniejszym czynikiem jest osobnicza wrażliwość chorego, co do której nie można ustalić żadnych reguł. Zdarzają się przypadki uczulenia pośredniego, to znaczy, że osobnik wrażliwy początkowo na jeden gatunek drzewa z czasem, bez dłuższego kontaktu, uczula się i na inny gatunek drzewa. Należy zwrócić uwagę na ważną rolę spojówek w uczuleniu. Spojówki reagują zwykle pierwsze. Leczenie polega na osłanianiu skóry i śluzówek maściami i zmywaniu płynami ściągającemi. Najważniejszą rolę odgrywa leczenie ogólne, usiłujące odczulić organizm wrażliwy. Co do odczulenia specyficznego nie mamy narazie dobrych i pewnych wyników.

Odczulanie niespecyficzne organizmu, do którego zawsze musimy się uciec, polega na stosowaniu doustnem lub podskórnem natr. hyposulfur., na autohemoterapji, na proteinoterapji wogóle.

Zawodowe owrzodzenia na rękach. (Ulcérations professionelles des pulpes digitales et des éminences thénar). Milian.

Paris Médic. 1932, N. 3.

U 33-letniego robotnika, zatrudnionego w fabryce cementu wystąpiły głębokie, okrągłe i owalne owrzodzenia na opuszkach wszystkich palców rąk z wyjątkiem pierwszego, na dłoniowych powierzchniach palców z wyjątkiem pierwszych i trzecich wkońcu na skórze w okolicy tenar i hypotenar symetrycznie na dwu dłoniach. Brzegi owrzodzeń są zczerniałe z powodu otaczającej obwódki zapalnej i złogów pyłu. Poza zczerniałym brzegiem znajdują się białe złogi w skórze, które tworzą rodzaj pierścienia, a które przy bliższym badaniu okazały się złogami cementu.

Owrzodzenia powyższe należy odnieść do szkodliwego działania cementu, z którym ustawicznie stykały się ręce chorego. Chory popychał wózki z cementem, ujmując dłońmi barjerę stale pokrytą szkodliwym pyłem.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA

XII ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

w Choroszczy pod Białymstokiem na Walnem Zgromadzeniu dn. 16.5. 32 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. XII Zjazd Psychjatrów Polskich wita z uznaniem rozpoczęcie badań biologiczno-kryminalnych w więzieniach warszawskich i wyraża nadzieję, że Ministerstwo Sprawiedliwości wydatnie poprze te badania i przyczyni się do rozszerzenia ich na inne więzienia z uwagi na doniosłe znaczenie tych badań dla nauki, higjeny psychicznej oraz polityki karnej i penitencjarnej.

II. XII Zjazd Psychjatrów Polskich

1) stwierdza konieczną potrzebę poddania każdego nieletniego przestępcę badaniom psychologiczno-psychjatrycznym, oraz

2) stwierdza konieczność przekształcenia istniejących zakładów wychowawczo-poprawczych na zakłady wychowawczo-lecznicze pod kierunkiem lekarzy psychjatrów.

III. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uznaje za konieczne ożywienie działalności w dziedzinie higjeny psychicznej w Polsce przez wciągnięcie do pracy przedewszystkiem lekarzy-psychjatrów zakładowych.

IV. XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za pożądane umożliwienie lekarzom zakładów psychjatrycznych zapoznanie się z pracami w klinikach psychjatrycznych i odwrotnie.

V. Wobec braku dostatecznej liczby miejsc w zakładach dla psychicznie chorych w Polsce, XII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne usunięcie innych instytucyj w zakładach takich czasowo ulokowanych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.